

Spettabile  
Ospedale e CpA Malcantonese  
6980 Castelrotto

.....	.....	..... / ..... / .....
Cognome	Nome	Data di nascita

.....	<input type="checkbox"/> Casa Anziani	<input type="checkbox"/> Ospedale	.....
Attività lavorativa (funzione)	Struttura per la quale lavora		Percentuale d'impiego

Il paziente è inabile al lavoro al \_\_\_\_\_ % della sua percentuale d'impiego

a partire dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

in seguito a:  malattia  infortunio professionale  infortunio non professionale

Se infortunio indicare\*: la parte del corpo \_\_\_\_\_  
il tipo di lesione \_\_\_\_\_

In caso di incapacità parziale, specificare\* se si tratta di:

- rendimento ridotto sull'orario normale di lavoro  
 riduzione orario lavorativo giornaliero  
 riduzione orario lavorativo settimanale

- Eventuali indicazioni su limitazioni\* \_\_\_\_\_
- Il paziente potrebbe essere impiegato in mansioni che non compromettano il suo stato di salute, nel rispetto delle limitazioni segnalate e del suo ruolo professionale? \*  SI  NO
- Durata presumibile dell'assenza\*: \_\_\_\_\_

#### Circostanze specifiche\*

Il/la paziente:

- è impossibilitato/a ad usufruire delle vacanze per necessità di terapia o limitazioni negli spostamenti  
 è autorizzato/a ad uscire di casa per recarsi dal medico e o seguire una terapia  
 è autorizzato/a ad uscire di casa durante il giorno  
 necessita di un'ulteriore visita medica (che deve essere fissata almeno 5 giorni prima della scadenza del certificato in essere) prevista in data: \_\_\_\_\_

In fede

Data\* \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico\* \_\_\_\_\_

\*campi obbligatori per rendere il certificato medico valido ai fini istituzionali

Firma del responsabile per presa visione \_\_\_\_\_