



Attestato di trasmissione certificato medico

● Si attesta che

è stato correttamente acquisito il certificato medico numero: _____

relativo all'accertamento di _____ inviato in data _____.

Per il/la Sig./Sig.ra

NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV	

Medico curante

NOME		COGNOME	
N° ISCRIZIONE ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI			

- Si rammenta che il certificato non sostituisce la presentazione della domanda che dovrà essere inoltrata telematicamente all'INPS**



Attestato di trasmissione certificato medico

● Si attesta che

è stato correttamente acquisito il certificato medico numero: _____

relativo all'accertamento di _____ inviato in data _____.

Per il/la Sig./Sig.ra

NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV	

Medico curante

NOME		COGNOME	
N° ISCRIZIONE ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI			

- Si rammenta che il certificato non sostituisce la presentazione della domanda che dovrà essere inoltrata telematicamente all'INPS**