

CERTIFICAZIONE PER INFORTUNIO
- Primo certificato -

Si certifica che

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ il ___/___/_____
residente a _____ prov. ()
via /p.zza _____ n. _____
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

presenta: _____

conseguenza di infortunio verificatosi il ___/___/_____
alle ore _____ circa in _____

Osservazioni: _____

Prognosi clinica di giorni _____

In fede.

Luogo _____ () _____

Data ___/___/____

Timbro e Firma

CERTIFICAZIONE PER INFORTUNIO
- CONTINUAZIONE -

Si certifica che

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ il ___/___/_____
residente a _____ prov. ()
via /p.zza _____ n. _____
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

riguardo l'infortunio occorso il ___/___/_____
non è ancora clinicamente guarito/a in quanto presenta ancora:

Prognosi clinica di ulteriori giorni s.c. _____

In fede.

Luogo _____ () _____

Data ___/___/_____

Timbro e Firma

CERTIFICAZIONE PER INFORTUNIO
- DEFINITIVO SENZA POSTUMI -

Si certifica che

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ il ___/___/_____
residente a _____ prov. (___)
via /p.zza _____ n. _____
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

riguardo l'infortunio occorso il ___/___/_____
che gli/le aveva procurato _____

è clinicamente guarito.

In fede.

Luogo _____ (___) _____

Data ___/___/____

Timbro e Firma

PRESENZA IN STUDIO

....., .../.../.....

A richiesta dell'interessato si dichiara che

In data alle ore, il Sig.

si è presentato nel mio Studio per:

- CERTIFICAZIONE
- RICHIESTA VISITA SPECIALISTICA
- RICHIESTA ESAMI
- VISITA MEDICA URGENTE
- PRESTAZIONE EXTRA

.....
Firma

