

Certificato d'inabilità lavorativa			Assenza di breve durata <input type="checkbox"/> Incidente <input type="checkbox"/> Malattia				
Persona assicurata: Cognome:			Nome:				
Via:			CP, Località:				
No. assicurazione sociale:			Sesso:		Data di nascita:		
Impresa (nome/indirizzo):							
Ore settimanali di lavoro dell'assicurato:			Durata di lavoro usuale nell'impresa a tempo pieno: ore settimanali:				
Oppure grado di occupazione in %:			Commento:				
Inabilità lavorativa a partire dal:							
Consultazione (Data):	Esigibile		Inabilità lavorativa		Ev. in %:	Prossima consultazione prevista il:	Firma del medico:
	Capacità di lavoro (in % del lavoro usuale):	lavoro usuale): posto di lavoro (ore giornaliera)	dal ...	al ...			
Ripresa del lavoro al 100% a partire dal:							
Medico curante:			EAN:			Desidera essere contattato dal datore di lavoro? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
Data:			CCMS:				
			Firma:				

Se è utilizzata solo la forma maschile, si riferisce sia alle donne sia agli uomini.



Swiss Insurance Medicine
 Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz
 Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances
 Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa