

<b>Certificato d'inabilità lavorativa</b>			<b>Assenza di breve durata</b> <input type="checkbox"/> Incidente <input type="checkbox"/> Malattia				
<b>Persona assicurata:</b> Cognome:			Nome:				
Via:			CP, Località:				
No. assicurazione sociale:			Sesso:		Data di nascita:		
<b>Impresa (nome/indirizzo):</b>							
Ore settimanali di lavoro dell'assicurato:			Durata di lavoro usuale nell'impresa a tempo pieno: ore settimanali:				
Oppure grado di occupazione in %:			Commento:				
<b>Inabilità lavorativa</b> 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