

Sede: BERGAMO

Data: [REDACTED]

Infortunio N. [REDACTED]

CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO O DI MALATTIA PROFESSIONALE del 14/02/2023
(da inviare subito al datore di lavoro)

Assicurata [REDACTED]

Luogo e data di nascita [REDACTED]

Codice ASL [REDACTED]

Datore di lavoro [REDACTED]

Indirizzo [REDACTED]

Data dell'infortunio o di manifestazione della M.P. [REDACTED]

Se é stato disposto il ricovero indicare l'Ospedale

Se in cura ambulatoriale indicare dove

L'infermità - determina inabilità con prognosi giustificata dal [REDACTED] fino al [REDACTED]

Il Dirigente medico I Livello

[REDACTED]