

Certificazione/Attestazione del medico del SSN dell'impossibilità del cittadino a recarsi presso una Struttura INPS

È possibile compilare il modulo e stamparlo
oppure stamparlo e completarlo scrivendo in stampatello ed in modo leggibile

Io sottoscritto/a

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		

in qualità di medico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), iscritto all'Ordine provinciale di _____
con numero _____

ATTESTO l'impossibilità del sig./della sig.ra

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		

a recarsi presso una Struttura INPS.

Luogo e Data

Timbro e firma leggibile del medico che
rilascia la certificazione/attestazione