

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		418241425		Data visita		11/07/2025	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)							
DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome		BALDASSARRE ROSSELLA		Codice Regione	150	Codice ASL/AO	201
Codice struttura ricovero							
Opera nel ruolo di:		Medico SSN <input checked="" type="checkbox"/>		Libero professionista <input type="checkbox"/>			
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		02/07/2025		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		11/07/2025	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita <input type="checkbox"/>							
Trattasi di:		Inizio <input checked="" type="checkbox"/>		Continuazione <input type="checkbox"/>		Ricaduta <input type="checkbox"/>	
Visita:		Ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/>		Domiciliare <input type="checkbox"/>		Pronto soccorso <input type="checkbox"/>	
La malattia e' dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/>		Malattia per la quale e' stata riconosciuta la causa di servizio <input type="checkbox"/>					
Patologia grave che richiede terapia salvavita <input type="checkbox"/>		Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta <input type="checkbox"/>					
DATI DEL LAVORATORE							
<i>ANAGRAFICI</i>							
Cognome		Niespolo		Nome		Vincenzo	
C.F.		NSPVCN87T30F839Q					
Nato/a il		30/12/1987		a (Comune o Stato estero)		Napoli	
Provincia		NA					
<i>RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)</i>							
In via/piazza		VIA GDI VITTORIO 96				n.	
Comune		Avellino				CAP 83100	
Provincia		AV					
<i>REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati)</i>							
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)							
In via/piazza						n.	
Comune						Provincia	
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)							

Certificato di malattia telematico

Copia cartacea per il lavoratore

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)

418241425

Data visita

11/07/2025

Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)

DATI DEL MEDICO

Cognome e nome BALDASSARRE ROSSELLA

Codice
Regione

150

Codice
ASL/AO

201

Codice struttura ricovero

Opera nel ruolo di:

Medico SSN ☒

Libero professionista ☐

DATI PROGNOSI

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal

02/07/2025

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il

11/07/2025

Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita ☐

Trattasi di: Inizio ☒

Continuazione ☐

Ricaduta ☐

Visita: Ambulatoriale ☒

Domiciliare ☐

Pronto soccorso ☐

DATI DIAGNOSI

Cod. Nosologico Non specificato

La malattia e' dovuta ad evento traumatico ☐

Note di diagnosi INTERVENTO PER CALCOLOSI RENALE E URETERALE

Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐

Malattia per la quale e' stata riconosciuta la causa di servizio ☐

Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta ☐

DATI DEL LAVORATORE

ANAGRAFICI

Cognome Niespolo

Nome Vincenzo

C.F.

NSPVCN87T30F839Q

Nato/a il 30/12/1987

a (Comune o Stato estero) Napoli

Provincia NA

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)

In via/piazza

VIA GDI VITTORIO 96

CAP

83100

n.

Provincia

AV

Comune Avellino

REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati)

Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)

In via/piazza

CAP

n.

Provincia

Comune

(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)