

**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 ROSELLA	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****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	n.	
Comune	Avellino	CAP	83100

**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)	n.	
In via/piazza		
Comune	CAP	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 ROSELLA	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"/>

**DATI DIAGNOSI**

Cod. Nosologico	Non specificato	La malattia e' dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/>
Note di diagnosi INTERVENTO PER CALCOLOSI RENALE E URETERALE		
Patologia grave che richiede terapia	<input type="checkbox"/>	Malattia per la quale e' stata riconosciuta la causa di servizio <input type="checkbox"/> Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta <input type="checkbox"/>

**DATI DEL LAVORATORE**

ANAGRAFICI	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	n.	
Comune	Avellino	CAP	83100 Provincia AV

*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)	n.	
In via/piazza	CAP	Provincia

Comune

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