

FAC SIMILE CERTIFICATO MEDICO PER CONGEDO PER CURE

Dati del Paziente :

Nome e Cognome : _____

Data di Nascita : _____

Codice Fiscale : _____

Dati del Medico Certificante :

Nome e Cognome : _____

Numero di Iscrizione all'Ordine : _____

Indirizzo Studio : _____

Dichiarazione Medica :

Il sottoscritto Dott. _____, medico abilitato e regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici, certifica che il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a il _____, è affetto/a da patologia che richiede un periodo di congedo per cure mediche. Si attesta che il congedo è necessario per il periodo dal _____ al _____, al fine di consentire le cure e il completo recupero della salute.

Indicazioni e Modalità di Cura :

Il paziente dovrà osservare le prescrizioni terapeutiche indicate e attenersi alle visite di controllo programmate. Eventuali modifiche al periodo di congedo dovranno essere tempestivamente comunicate e certificate dal medico curante.

Note Aggiuntive :

Il presente certificato è redatto ai sensi della normativa vigente in materia di certificazione medica per congedi per cure e potrà essere utilizzato per le finalità previste dalla legge italiana.

Firma del Medico Certificante

Firma del Paziente

Firma : _____

Firma : _____

Fonte originale di questo documento:

<https://documenti-esperti.com/fac-simile-certificato-medico-per-congedo-per-cure/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://documenti-esperti.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.