

Certificato di malattia telematico			Copia cartacea per il lavoratore	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)	410100323	Data Visita	27/03/2025	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)				

DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome	LIVERANI ANGELA	Codice Regione	080	Codice ASL/AO	114	Codice struttura ricovero	
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista ☐			

DATI PROGNOSI				
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		27/03/2025	Viene assegnata prognosi clinica a tutto il	02/04/2025
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita ☐				
Trattasi di:	Inizio ☐	Continuazione ☒	Ricaduta ☐	
Visita:	Ambulatoriale ☐		Domiciliare ☒	Pronto Soccorso ☐

DATI DIAGNOSI		
Cod. Nosologico		La malattia è dovuta ad evento traumatico ☐
Note di diagnosi	ALGIA COSTALE POST TRAUMATICA, FRATTURA DECIMA COSTA DESTRA	
Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐	Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio ☐	Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta ☐

DATI DEL LAVORATORE					
<i>ANAGRAFICI</i>					
Cognome	MUCCINI	Nome	GABRIELLA	C.F.	MCCGRL63S45H642Y
Nato/a il	05/11/1963	a (Comune o Stato estero)	RUSSI	Provincia	RA

<i>RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)</i>					
In via/piazza	VIA RAGONE,108-S.PANCRAZIO-RAGONE			n.	108
Comune	RAVENNA	CAP	48125	Provincia	RA

<i>REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)</i>					
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)					
In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	
Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009					

Attestato di malattia telematico			Copia cartacea per il datore di lavoro	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)	410100323	Data Visita	27/03/2025	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)				

DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome	LIVERANI ANGELA	Codice Regione	080	Codice ASL/AO	114	Codice struttura ricovero	
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista ☐			

DATI PROGNOSI				
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		27/03/2025	Viene assegnata prognosi clinica a tutto il	02/04/2025
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita ☐				
Trattasi di:	Inizio ☐	Continuazione ☒	Riaduta ☐	
Visita:	Ambulatoriale ☐		Domiciliare ☒	Pronto Soccorso ☐

La malattia è dovuta ad evento traumatico ☐		
Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐	Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio ☐	Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta ☐

DATI DEL LAVORATORE					
<i>ANAGRAFICI</i>					
Cognome	MUCCINI	Nome	GABRIELLA	C.F.	MCCGRL63S45H642Y
Nato/a il	05/11/1963	a (Comune o Stato estero)	RUSSI	Provincia	RA

<i>RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)</i>					
In via/piazza	VIA RAGONE,108-S.PANCRAZIO-RAGONE			n.	108
Comune	RAVENNA	CAP	48125	Provincia	RA

<i>REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)</i>					
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)					
In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	
Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009					