

CERTIFICATO DI MALATTIA

(copia del lavoratore)

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, residente a _____ in
_____, necessita di _____ giorni di riposo e
cure per _____.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

CERTIFICATO DI MALATTIA

(copia del datore di lavoro)

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, residente a _____ in
_____, necessita di _____ giorni di riposo e
cure.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)
