

CERTIFICATO DI RIACQUISTO DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,

C.F. _____, è stato/a ammalato/a dal _____

al _____ perché affetto/a da _____

e che in data _____ (apporre una "X" sull'opzione interessata):

- ☐ ha riacquisito la parziale idoneità psicofisica a svolgere attività lavorativa;
- ☐ ha riacquisito la totale idoneità psicofisica a svolgere attività lavorativa.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)
