

Regione Toscana
Azienda USL Toscana Centro

OGGETTO: richiesta certificazione assenza per MALATTIA

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____ cod.reg. _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ in qualità di:

- medico di Assistenza Primaria a Rapporto Orario a Tempo Indeterminato / Determinato
- medico di Emergenza Territoriale / Medicina dei Servizi convenzionato titolare / sostituto
- medico di Medicina Penitenziaria

CHIEDE

il rilascio di certificazione attestante l'assenza dal servizio per malattia presso codesta Azienda nel periodo dal _____ al _____

La certificazione richiesta è ad uso ASSICURATIVO ed è esente da bollo in quanto ricompresa tra gli atti e documenti in materia di assicurazioni sociali obbligatorie ai sensi dell'art.9 della Tabella allegata al DPR 642/1972.

Data _____

Firma _____