

Fac-simile di certificato medico per il lavoro

Centro Medico ABC

Via Roma 12, 00100 Roma

Nome e cognome: _____ Sesso: _____ Et : _____ Data: _____

Alla cortese attenzione,

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____   stato/a visitato/a presso il nostro ambulatorio e necessita di assentarsi dal lavoro nei giorni _____ e _____ per motivi di salute.

Si consiglia riposo domiciliare e assunzione dei medicinali prescritti secondo le indicazioni del medico. Il rientro al lavoro   previsto salvo diversa valutazione clinica.

Cordiali saluti,

Dott. Marco Bianchi (firma e timbro del medico)