

CENTRO MEDICO DI COMUNITÀ

Via della Salute 10

00100 Roma (RM)

Tel. 06 0000 0000

ATTESTAZIONE MEDICA PER ASSENZA DAL LAVORO

Data: _____

Si certifica che _____ è stato/a sottoposto/a a
visita medica presso questo studio alle ore _____ del giorno
_____.

Si chiede di giustificare l'assenza dal lavoro per il giorno: _____.

Può rientrare al lavoro in data: _____.

Limitazioni o attività da evitare fino al: _____.

Può riprendere l'attività lavorativa senza limitazioni dal: _____.

Firma del medico