

DIPENDENTI: CERTIFICATO MEDICO PER MALATTIA / INFORTUNIO

Si rende attento il dipendente che, fino a ricezione del certificato di malattia / infortunio ufficiale della Clinica Santa Chiara, da parte della Clinica non verranno versati né indennità assicurative né il salario.

Concerne: _____
(Cognome) (Nome) (Data di nascita)

Percentuale d'impiego: _____%

Il / la paziente è inabile al lavoro:

al _____% della sua percentuale d'impiego a partire dal _____ e fino al _____

in seguito a: Malattia Infortunio

Durata presumibile dell'assenza dal _____ e fino al _____

In caso d'incapacità parziale, si tratta di:

rendimento ridotto sull'orario normale di lavoro _____ ore di presenza con attività al _____% del normale
riduzione orario lavorativo giornaliero _____ ore di presenza con attività al _____% del normale
riduzione orario di lavorativo settimanale _____ ore di presenza con attività al _____% del normale

Eventuali precisazioni su limitazioni funzionali:

Circostanze specifiche:

Il / la paziente è:

impossibilitato / a ad usufruire delle vacanze per necessità di terapia o limitazioni negli spostamenti
autorizzato / a ad uscire di casa per recarsi dal medico e o a seguire una terapia
autorizzato / a ad uscire di casa durante il giorno
necessità di un'ulteriore visita medica in data

Luogo e data: _____

Firma e timbro del medico: _____