

Sheet1

RICHIESTA,C,24		RIGA1,C,66
A. Buona Salute	<sup>3</sup> *	In base alla visita medica eseguita in data odierna e/o sulla
B. Att.Sportiva	<sup>3</sup> *	In base alla visita medica eseguita in data odierna e/o sulla
F. INAIL 2ø	<sup>3</sup>	In base alla visita medica eseguita in data odierna e/o sulla
W. Inail Fine	<sup>3</sup>	In base alla visita medica da me eseguita in data odierna e/o
C. SCUOLA 1ø	<sup>3</sup> *	In base alla visita medica eseguita in data odierna e/o sulla
D. SCUOLA 2ø	<sup>3</sup>	Sulla base della visita medica eseguita in data odierna e/o sulla
G. Per le Armi	<sup>3</sup> *	Sulla base della visita medica eseguita in data odierna e/o sulla
N. INVALIDITA CIV.	<sup>3</sup>	Sulla base della visita medica eseguita in data odierna e/o sulla
I. ASSICURAZIONI 1	<sup>3</sup>	Sulla base della visita medica eseguita in data odierna e/o sulla
J. ASSICURAZIONI 2	<sup>3</sup>	Sulla base della visita medica da me eseguita in data odierna e/
K. ASSICURAZIONI 3	<sup>3</sup>	Sulla base della visita medica da me eseguita in data odierna e/
L. Libero	<sup>3</sup>	Sulla base della visita medica da me eseguita in data odierna e/
E. INAIL 1ø	<sup>3</sup>	PRIMO CERTIFICATO INAIL
S. Dieta Part.	<sup>3</sup>	Alla Gentile Attenzione del sig. Preside
O. Eson.Ed.Fisica	<sup>3</sup>	Alla Gentile Attenzione del sig.Preside ed Insegnante Ed.Fisica
P. Cert.Malattia	<sup>3</sup>	Sulla base della visita medica da me eseguita in data odierna
Q. INIEZIONI	<sup>3</sup> *	Il soggetto necessita di esecuzione di terapia intramuscolare.
R. Handic.piscina	<sup>3</sup> *	Si certifica che il soggetto pu• svolgere attivit... natatoria
H. Fattura	<sup>3</sup>	N. Fattura.....:
Z. Ricovero Coatto	<sup>3</sup>	Si richiede trattamento sanitario obbligatorio in ricovero ospeda=
U. Scol.NON Idoneo	<sup>3</sup>	Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata non
V. Scol.DM 02.83	<sup>3</sup>	Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata
M. ACCOMPAGNAMEN		In base alla visita medica e/o alle acquisizioni cliniche in mio
X. ACCOMPAGNAMEN		In base alla visita medica e/o alle acquisizioni cliniche in mio
T. Ass. Figlio	<sup>3</sup>	Si certifica che il piccolo trovasi in stato di malattia.
Y. Aggravam.Invalid.	<sup>3</sup>	Sulla base della visita medica e/o sulle acquisizioni cliniche in
a. INAIL	<sup>3</sup> 1	Sulla base della valutazione clinica eseguita in data odierna,

RIGA2,C,66

scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso, si certifica  
scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso, si certifica  
sulla scorta della acquisizioni cliniche in mio possesso, si certi=  
sulla scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso certifico  
scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso, si certifica  
scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso, si certifica  
scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso, si certifica  
scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso, si certifica  
sulla scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso, certifico  
sulla scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso, certifico  
sulla scorta delle acquisizioni cliniche in mio possesso certifico  
Certifico che il soggetto presenta

Per esigenze inerenti allo stato di salute attuale del mio  
Il paziente in seguito alla patologia riportata recentemente,  
si certifica che il soggetto  $\dot{S}$  affetto da

La presente autorizzazione ha validit... sino al completamento de  
purch $\dot{S}$  opportunamente sorvegliato essendo portatore di handic

liero per il soggetto residente a

risulta in stato di buona salute e presenta controindicazioni in  
risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni  
possesso, certifico che il paziente necessita di assistenza  
possesso, si certifica che trattasi di persona impossibilitata a  
Necessita di assistenza preferibilmente da parte di un  
mio possesso, dichiaro che il paziente presenta aggravamento di  
certifico che il paziente abbisogna di cure sino al

RIGA3,C,66

che il soggetto risulta di sana costituzione. Si rilascia per gli  
che non vi sono controindicazioni in atto alla pratica di attivit...  
fica che il soggetto non risulta ancora guarito dall'infortunio  
che il soggetto è guarito dall' infortunio sul lavoro riportato  
che il soggetto è stato affetto da malattia non infettiva.  
che il soggetto è stato assente perchè affetto da malattia  
che il soggetto non risulta affetto da malattie psichiche o  
che è incapace a svolgere qualsiasi attivit... lavorativa perc  
che risulta affetto da  
che il soggetto non risulta ancora clinicamente guarito dalla  
che il soggetto risulta clinicamente guarito dalla patologia  
che il soggetto

Tale patologia, prodottasi sul posto di lavoro, comporter... u  
paziente, si consiglia dieta  
necessita di un periodo di sospensione dall'attivit  di educazio  
Pertanto necessita di terapia medica e di riposo a letto sino  
cura e comunque non oltre un mese dalla presente.

ap.

Tipo Prestazione: Atto Medico

Il paziente presenta stato di agitazione psicomotoria ed altera  
atto alla pratica di attivit... sportive non agonistiche.  
in atto alla pratica di attivit... sportive non agonistiche.  
continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani  
deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore p  
genitore per almeno  
cause che hanno originato la precedente invalidita' perche'  
certifico che il paziente e' guarito senza postumi.

Sheet1

RIGA4,C,66	CODICE,C,1
usi consentiti dalla legge, a richiesta dell'interessato.	4
sportiva di tipo generico. Validit... del certificato anni uno.	4
sul lavoro del .Prognosi sino al	4
in precedenza. Pu• riprendere il lavoro dal	4
	4
infettiva clinicamente guarita.	4
mentali. Si rilascia a richiesta del paziente .	4
affetto da	4
Prognosi sino al giorno	4
patologia riscontrata il . Prognosi sino al	4
riscontrata il senza postumi	4
	4
incapacita' lavorativa sino al	4
Si confida nella collaborazione del Servizio di Mensa.	4
fisica per almeno	4
al	4
	4
Importo.....: œ30.000 (Trentamila) (Iva Esente Art.10/c)	4
zioni psichiche tali da richiedere urgente ricovero ospedaliero.	4
il presente certificato ha validit... annuale dalla data odierna.	
Il presente certificato ha validit... annuale dalla data odierna.	
della vita perche' affetto da	
affetta da	
Si rilascia su richiesta dei genitori del bambino.	
E' compatibile col lavoro dal	4