



CSS

Assicurazione

# Certificato d'inabilità lavorativa

La preghiamo di inviare una copia del certificato d'inabilità lavorativa entro 5 giorni dall'inizio dell'inabilità lavorativa e successivamente alla fine di ogni mese alla CSS, affinché possa essere versata l'indennità giornaliera. Al termine del trattamento la preghiamo d'inviare l'originale del certificato d'inabilità lavorativa alla CSS. Durante la fase del trattamento il formulario rimane presso la persona assicurata (dipendente), che lo presenta ai medici curanti in occasione di ogni consultazione. I medici riporteranno le indicazioni alla voce «Annotazioni del medico». Un cambio dei medici curanti deve essere comunicato alla CSS. Tale certificato d'inabilità lavorativa non è da considerare riconoscimento di un obbligo a versare prestazioni.

## 1 Contraente

Ditta	N° partner
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2 Persona assicurata

### 2.1 Generalità

Nome	Cognome	Numero cliente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	NPA/Località	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Attività professionale attualmente svolta		
<input type="text"/>		

### 2.2 Orario di lavoro

Regolare   
 Irregolare   
 Lavoro ad orario ridotto   
 ore/settimana   
 Tasso di attività in %

## 3 Annotazioni del medico

Data				Inabilità lavorativa				Firma	
Visita avvenuta	Grado (%)	A partire dal	Fino al	Medico	Visita avvenuta	Grado (%)	A partire dal	Fino al	Medico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il trattamento medico è terminato il

Località	Data	Timbro, firma del medico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>