|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Breve rapporto medico sulla diagnosi e sull'incapacità al lavoro****Indennità giornaliera per malattia/indennità giornaliera per infortunio** | **[ ]  ACIG****[ ]  LAINF** | Numero sinistro o numero d'assicurato:      |
|  |  |
| **Paziente** | Nome:       Cognome:      Data di nascita:       Sesso:      Grado di occupazione:       %Professione svolta: [ ]  mentale [ ]  fisica  |
|  |  |
| **Prima cura** | Data:       |
|  |  |
| **Diagnosi** | Classificazione ICD ed eventuale descrizione della diagnosi      |
|  |  |
| **Inizio incapacità al lavoro** | Data:      Grado di incapacità al lavoro:       |
|  |  |
| **Fine dell'** **incapacità al lavoro** | Ripresa prevista del lavoro in data:        |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Luogo e data:      |  | Indirizzo del medico:      |  | Firma del medico:  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN:      |  | RCC:      |  | Tel.:      E-mail:      |