|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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: |