

# Breve rapporto medico sulla diagnosi e sull'incapacità al lavoro

Indennità giornaliera per malattia/indennità giornaliera per infortunio

GLN

Legge

Sinistro numero

## Paziente

Nome

Strada

Sesso

Data di nascita

Professione svolta

mentale

fisica

Cognome

NPA / Località

Tel.

Email

Carico di lavoro

Ora/Giorni

## 1. Prima cura

Data

## 2. Diagnosi

Classificazione ICD ed eventuale descrizione della diagnosi

## 3. Inizio incapacità al lavoro

Data

Grado di incapacità al lavoro

## 4. Fine dell' incapacità al lavoro

Ripresa prevista del lavoro in data

# Breve rapporto medico sulla diagnosi e sull'incapacità al lavoro

Indennità giornaliera per malattia/indennità  
giornaliera per infortunio

## 5. Osservazioni

Medico

Telefono

Fax

GLN

RCC

eMail

Firma

non necessario se presentato elettronicamente

Data

**Invio  
elettronico**