

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARSI ALLA DOMANDA NASPI

Si certifica che il lavoratore _____
è stato ammalato dal _____ al _____
perchè affetto da _____
e che in data _____ ha riacquisitato la capacità lavorativa
sia pure residua.

Luogo e Data

_____ li _____

*Timbro e firma
del medico curante*
