

Spett.le INPS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rif \_\_\_\_\_

Oggetto: certificato medico di riacquisto della capacità lavorativa

Certifico che il/la Sig. /Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

è stato/a ammalato/a dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

e che ha riacquisito la capacità di lavoro:

Generica in data \_\_\_\_\_

Specifica in data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

(Timbro e Firma del Medico)