

## Certificazione/Attestazione del medico del SSN dell'impossibilità del cittadino a recarsi presso una Struttura INPS

È possibile compilare il modulo e stamparlo  
oppure stamparlo e completarlo scrivendo in stampatello ed in modo leggibile

### ● Io sottoscritto/a

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		

in qualità di medico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), iscritto all'Ordine provinciale di \_\_\_\_\_  
con numero \_\_\_\_\_

### ● ATTESTO l'impossibilità del sig./della sig.ra

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		

a recarsi presso una Struttura INPS.

-----  
Luogo e Data

-----  
Timbro e firma leggibile del medico che  
rilascia la certificazione/attestazione