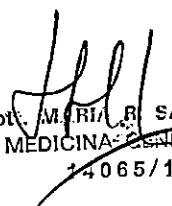


Dott. MARIA R. SARDANO
MEDICINA GENERALE
14065/1

16.2.07

Certifico che la Sig^{ra} D'Amico Rosa
presenta di giorni 15 (quindici) ore
di riposo per motivi di salute


Dott. MARIA R. SARDANO
MEDICINA GENERALE
14065/1

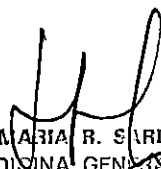
COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. <u>8830</u>	
19 FEB. 2007	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Dott. MARIA R. SARDANO
MEDICINA GENERALE
14065/1

2.2.07

Certifico che la Sig^{ra} D'Amico Rose
presenta un grav 4 (quattro) re.
di n. 22 per motivi di salute

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. 11450	
- 6 MAR. 2007	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____


Dott. MARIA R. SARDANO
MEDICINA GENERALE
14065/1



REGIONE PUGLIA



ASL BARI 4

AZIENDA SANITARIA DELL'AREA METROPOLITANA DI BARI

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio - BARI

DIVISIONE ORTOTRAUMATOLOGICA 1

Direttore: Prof. F. Mori

70123 Bari,

Part. IVA e Cod. Fisc. 04673400729
Tel. 080.5843622

N.

Risposta a nota N.

del

OGGETTO:

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	11593
- 6 MAR. 2007	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

D'Arcio Rosa

Erb di De Aurari e

Pensante IV e IV de

Riposo lav. lb. congresso

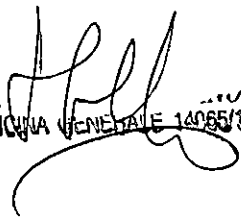
fca

Dott. MARIA ROSARIA SARDANO
Medicina Generale
Specialista in Gerontologia e Geriatria
Via De Gasperi, 38 - Tel. 080.53 54 511
MODUGNO (BA)

fl

35.10.07

Centrefeo che le fig^{re} D'Amico Rose
Meccante di frans 2 (due) se
di refos per motur di salute

Don. 
MEDICINA GENERALE 14065/1

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. <u>53290</u>	
30 OTT. 2007	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Dott. MARIA R. SARDANO
MEDICINA GENERALE
14065/1

10.4.2006

Certifico che la sig^{la} D'Amico Rose
Necessita di farsi 3 (tre) sc.
di infuso per motivi di salute

Dott. MARIA R. SARDANO
MEDICINA GENERALE
14065/1

Visto
Sardano

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. 18145	
11 APR. 2006	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Dott. MARIA R. SARDANO
MEDICINA GENERALE
14065/1

2.7.06

Prot. n. 1616 del 6/07/06

Certifico che la Sg^{ra} D'Anna Rose
necessa di giorni 1 (uno) re. di
riposo per motivi di salute

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	33818
- 6 LUG. 2006	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Dott. MARIA R. SARDANO
MEDICINA GENERALE
14065/1

Dr. ANTONIO MASTANDREA

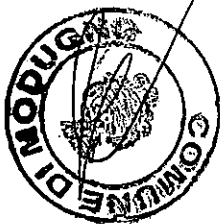
Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

freely 13/6/05

Certifico che la signora Anna Rose
è affetta da una lesione in presenza
della 14^a att. per la quale
si fa



COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	88251
15 GIU. 2005	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Dr. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Modugno 28/6/05

Caro Dr. Mastandrea
Mi ha scritto che
non ha tempo per
venire (2/3)

Il
Dr. Mastandrea



COMUNE DI MODUGNO

Prot. N.

32681

29 GIU 2005

Cat. Clas.

Fasc. Sottofasc.

Dr. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Modugno 2/3/05 ✓

Certifico che D'Amico Piero è affetto
da osteoartrite gl. metacarp. 4.
gr. 2 (due)

L. F. 2005

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	10728
- 3 MAR. 2005	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Dott. Antonio MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in Igiene

Cod. Reg. 1.4075/4

Prodotto 16/2/2005 ✓

Certifico che le sig. S. Anna
Rose e affette da sordità,
per cui per due (2) ore L. Fog

✓

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	007236
11 FEB. 2005	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____



Sezione di Senologia

Responsabile: **Dr.ssa Antonietta Ancona**

08 MAR. 2005

Bari,

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	<i>11758</i>
- 9 MAR. 2005	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

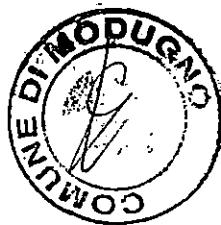
Si certifica che la Sig.ra

D'Amico Rose

nata il *04.07.78*, ha eseguito nelle ore *antimera* del giorno **08 MAR. 2005**

esami clinico-strumentali.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.



Il Medico **A.U.S.L. BA/4**
Presidio Ospedaliero "San Paolo"
Dr. *Ancona*
U.O. **RADIOLOGIA**
Codice identificativo n. 639924.

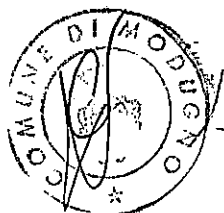
Dott. ANTONIO MASTANDREA
Medico Chirurgo
Specialista in Igiene
N. Reg. 1.4075/4

Mod. 20/9/04 ✓

Ufficio del S. Amm. Prov.
i effetti del 1° p. tre mesi,
gr. gr. ampie 15/10

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	46830
20 SET. 2004	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

✓ 7/10
Q



N.B. nuovo indirizzo Via Bruno Buozzi n° 20
70026 Modugno.



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

PIAZZA DEL POPOLO, 16
70026 MODUGNO (BA)

FAX

Data: 22/09/04

Numero di pagine, inclusa la copertina: 1

A:

SPETT.le AUSL BA/4 – MODUGNO (BA)

Tel. 080/5843818

Fax: 080/5843828

DA:

UFFICIO DEL PERSONALE

Tel. 080/5865218

Fax: 080/5325740

- SI RICHIEDE, CON CORTESE SOLLECITUDINE, VISITA FISCALE PER LA DIPENDENTE DI QUESTO ENTE
- SIG.RA D'AMICO ROSA
- RESIDENTE IN MODUGNO (BA) VIA BRUNO BUOZZI, 20
- ASSENTE PER MALATTIA CON PROGNOSI DI GIORNI 5 (CINQUE) A DECORRERE DAL 20 SETTEMBRE 2004.



IL DIRIGENTE 1° SETTORE
DOTT. CATERINA ANGLANI

RAPPORTO VERIFICA TRASMISSIONE

ORA : 22/09/2004 12:35

DATA,ORA
FAX N./NOME
DURATA
PAGINE
RISULT
MODO

22/09 12:34
0805843828
00:00:22
01
OK
STANDARD
ECM

Dr. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Modugno 3/11/04 V

*Circolo che il Bruno Rore è offeso
che perfettamente certo
per favore tu (VSC) V. Zed*



COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	<i>55079</i>
- 5 NOV. 2004	
Cat. _____	Cias. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

✓
Dott. GAETANO NAGLIERI
Medicina Generale
Cod. Reg. 250

Certifico che D' Aureo Rocco
è affetto da diabete mellito,
7-1/11-2004

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. 50443	
- 6 DIC. 2004	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Dott. GAETANO NAGLIERI
Medicina Generale
Cod. Reg. 250



✓
Dott. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Specialista in Igiene

N. Reg. 1.4075/4

Federico 14/3/04

*Gratuito che si è tenuto per e
offerte che si è tenuto per
gratuito (3/5)*

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	14828
19 MAR 2004	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc. 01



Federico

*Dichiaro che la sottorubrica ha usufruito
solo di due giorni (17-18/03/04)*

Amministratore

Dott. GIUSEPPE MARTINO
Distr. 9 - ASL BA/4 - C.R. 40504
MEDICINA GENERALE
P.zza Garibaldi, 1/B Tel. 080.5832559
MODUGNO

COMUNE DI MODUGNO	
26912 24 / 5 / 04	
26 MAG. 2004	
Cat. _____	Cias. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Certifico che la
cambata ROSA D'AMICO
è affetta da
gastroenterite acuta
Measles virus
p. tre giorni
G. y p. Martino



Dr. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Modugno 24/1/2003

*Certifico che il ~~Dr. Antonio Mastandrea~~ è affetto
da D. Infettiva, proprio per
selle (7/50)*

h. Fredy
[Signature]



COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	4967
29 GEN. 2003	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Dr. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Modugno 31/1/2003

*Certifico che ~~il~~ ~~Dr.~~ ~~Antonio~~ ~~Mastandrea~~ e
effettuato un'ispezione oculare
per un ~~problema~~ (1/2) *L. Fredi**

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	<i>5789</i>
- 3 FEB. 2003	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.



Dr. ANTONIO MASTANDREA
Medico Chirurgo
Spec. in IGIENE
N. Reg. 1.4075/4

Rec. 24/3/2003

*Carlo che si trova bene
e i figli si ripuliscono e stanno
beni. per questo (1/50)*

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	14758
25 MAR. 2003	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Luigi



Dr. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Modugno 9/4/2003

*Certifico che D. Antonio Rose e
affetto da un/infetto.
per la tua (3/5c) 7/4/03*



COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	18151
14 APR. 2003	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Dr. MANCINI TULLIO A. M.
ODONTOIATRA
Via Fanin, 25/27 - 70026 MODUGNO (BA)
Tel. 080.5327681
Part. IVA 05280470724
Cod. Fisc. MCN TLL 73E16 A662L

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	21036
16 MAG. 2003	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

Si certifica che la *Sign. Rosa Antonio*
in data odierna delle ore 10.00 alle
ore 12.00 ha frequentato questo studio per
cure odontoiatriche.

30/4/03.

Tullio Mancini



L'ISTRUTTORE DIRETTIVO
SOCIO-CULTURALE
Ins. Giulia Valentini

Signature

H.B. Le molestie da rumori
coferite con le ore di
lavoro fatto il giorno
9 maggio 2003

Dott. Antonio MASTANDREA
Medico Chirurgo
Spec. in Igiene
Cod. Reg. 1.4075/4

Modugno 20/6/2003

Circolo che D'Amico pre-
effatte de popolazione acute
per la fu, quattro 4/52 7 Fed

[Signature]

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	29672
23 GIU. 2003	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.



Dott. Antonio MASTANDREA

Medico Curioso

Spec. in Igiene

Cod. Reg. 1.4075/4

Rodriguez 23/6/2003

Certifico che S. Antonio Pare
è affetto da bronchite acuta
febbre. Sup. per 5 (cinque) se
te per



COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	30417
26 GIU. 2003	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____



Sezione di Senologia

Responsabile: Dr.ssa Antonietta Ancona

Bari, 01-12-03

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	58072
- 2 DIC. 2003	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

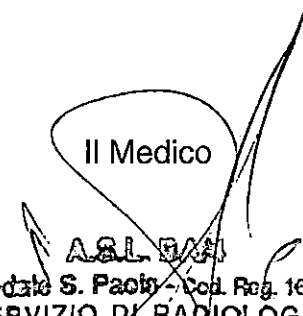
Si certifica che la Sig.ra

D'Amico Rose

nata il 04-02-78, ha eseguito nelle ore adeguati del giorno 01-12-03

esami clinico-strumentali.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Il Medico

A.S.L. BA/4
Ospedale S. Paolo - Cod. Reg. 160144
SERVIZIO DI RADIOLOGIA
Dott. Tommaso Paternoster
Dirigente Sanitario

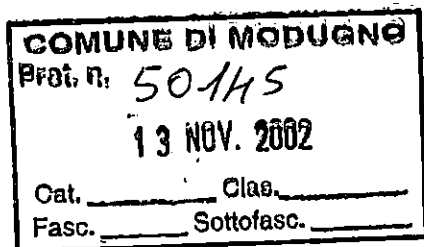


PRESIDIO OSPEDALIERO "S. PAOLO"

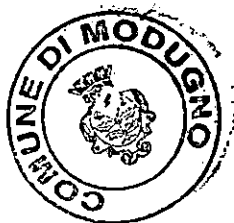
DIVISIONE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Primario: Dott. M. BRATTOLI

70123 BARI, 12.XI.03.
Via Caposcardicchio - Tel. 080/5843444

Certifico che la signora D'AMICO Rose
è stata sottoposta in maternità
odierna ad accertamenti ginecologici.



A.S.L. BA/4
Ospedale S. Paolo - Cod. Reg. 160144
GINECOLOGIA E OSTETRICIA
Dott. Donato DELLINO



ISTRUTTORE DIRETTIVO
SOCIO CULTURALE
Ins. Giulia Valentini

Dr. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Modugno 19/12/2002

*Certifico che S. Valentini
di S. Vertemne
pubb. per' uno (1) sc*

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	<i>56166</i>
20 DIC. 2002	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

7. Giul
[Signature]



**L'ISTRUTTORE DIRETTIVO
SOCIO CULTURALE**
Ins. Giulia Valentini

Dott. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Indirizzo

*L'ufficio che si trova presso
il Comune di Modugno è
per il giorno 06/11/2002*

F. Ind.
[Signature]

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	<i>49015</i>
06 NOV. 2002	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____



Dr. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Redup [18]

*Calice che [1] Anis for
offetto che S. V. H. H. H. H.
for due (2/50)*

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 16807

23 APR. 2002

at. _____ Clas. _____

asc. _____ Sottofasc. _____



L'ISTRUTTORE DI
SOCIO CULT
M. Giulia Va

Dr. ANTONIO MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

Modugno 16/4/2002

Certifico che S. Anna Rose
è affetta da S. periantriale
paghera per tre (3) a
decine dal 15/4

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	0016068
18 APR. 2002	
Cat.	Clas.
Fasc.	Settofasc.

L. F. 16/4

L'ISTRUTTORE DIRETTIVO
SOCIO CULTURALE
Ins. G. Valentini

28/03/07

461)

INPS

ATTESTATO DI MALATTIA

(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R.

a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio.

PER IL DATORE DI LAVORO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N. 1604075444

RISERVATO AL MEDICO*S. Amato*

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGnosi CLINICA A TUTTO IL
GIORNO MESE ANNODICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL
GIORNO MESE ANNO

TURNO

20/11/07

19/11/07

☐DATA RILASCIO CERTIFICATO
GIORNO MESE ANNO

INIZIO

CONTINUAZIONE

RICADUTA

20/11/07

☒☐☐**COMUNE DI MODUGNO**

Prot. n. 55670

23 NOV. 2001

Cat.

Clas.

Fasc.

Sottofasc.

Firma del Medico

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

000260090061

DR. MASTANDREA A.

VIA G. DI VITTORIO 14/

000260090061

MODUGNO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA

(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

INDIRIZZO

(Via, Box, 144)

(Città, Prov., CAP)

C.A.P.

COM.

NOMINATIVO INDICATO
PRESSO L'ABITAZIONE
(se diverso dal proprio)

IL DIRIGENTE

VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE

AVV. ANGEL STRAZIOTA

PROV.

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE)

C.F. FISCALE

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

NOME

SESSO

M o F

DATA NASCITA

COMUNE
NASCITA
O STATO
ESTERO

PROV.

GIORNO MESE ANNO

GIORNO MESE ANNO

GIORNO MESE ANNO

QUADRO A



02/10/06 ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA - c. 20.000.000 - luglio 2000

AVVERTENZE

Il presente certificato è utilizzabile solo per aventi diritto alle indennità economiche di malattia a carico dell'INPS e cioè, in linea di massima, tutti i dipendenti del settore privato, esclusi gli impiegati dell'industria, gli addetti ai servizi domestici, i dipendenti del settore del credito, dell'assicurazione e dei servizi tributari appaltati, nonché altre "categorie particolari". Alcuni settori professionali sono indicati nel "QUADRO C" esclusivamente per individuare non aventi diritto alle indennità, che per errore abbiano trasmesso all'INPS il certificato.

Al lavoratore che non indichi il proprio esatto recapito durante la malattia non può essere corrisposta l'indennità di malattia fino a quando le omissioni, le incompletezze o le inesattezze non siano state sanate. La stessa conseguenza si verifica nel caso in cui il lavoratore non abbia segnalato al datore di lavoro le variazioni dell'indirizzo a suo tempo comunicatogli. La presentazione o l'invio del certificato e dell'attestato oltre i due giorni previsti comporta la perdita dell'indennità di malattia per i giorni di ritardo. L'assenza ingiustificata e la mancata presentazione ai controlli sanitari comportano la perdita dell'indennità, variabile a seconda del numero delle assenze.

TURNO

Segnalare al medico la propria condizione di «turnista» solo nel caso in cui la data dichiarata di inizio di malattia coincida con quella del particolare «turno» assegnato al lavoratore.

CONTINUAZIONE DI MALATTIA

Se la malattia continua dopo la scadenza della prognosi indicata sul certificato, la nuova certificazione del medico curante deve essere rilasciata non oltre il giorno successivo alla scadenza del precedente certificato.

FASCE ORARIE DI REPERIBILITÀ

Il lavoratore ammalato deve, per legge, restare a disposizione per eventuali controlli sanitari domiciliari tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 10 alle 12 e dalle ore 17 alle 19. Ciò anche se sia già avvenuto un controllo da parte dell'INPS o della USL e anche se il medico curante abbia dato diversa indicazione.

SPEDIZIONE E CONSEGNA

Il certificato e l'attestato vanno consegnati o trasmessi con raccomandata con ricevuta di ritorno, rispettivamente all'INPS competente per residenza (luogo di abituale dimora) del lavoratore stesso e al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio.

FIRMA DEL CERTIFICATO

La firma, delle dichiarazioni rese sul modulo, vale anche per il consenso o meno, ai sensi della Legge 675/96, art. 10, per il trattamento e comunicazione a soggetti che gestiscono servizi informativi, di postalizzazione e di archiviazione dei dati relativi alla presente malattia ai fini della liquidazione e gestione della pratica. Si fa comunque rilevare che il mancato consenso, cioè se viene sbarrata la casella "NON AUTORIZZO", potrebbe comportare difficoltà o impossibilità di erogazione dell'indennità di malattia.

I dati di reperibilità e anagrafici, scritti sul certificato, sono trasferiti a ricalco sull'attestato di malattia, realizzato con carta autocopiante. Si raccomanda pertanto la perfetta sovrapposizione dei due fogli nel compilare la prima facciata del certificato e la loro separazione prima della compilazione della seconda.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Il modulo è predisposto per la lettura automatica, per cui è necessario: ● Usare penna biro con inchiostro nero o blu. ● Per la spedizione all'INPS piegare una sola volta il certificato. ● Scrivere in carattere stampatello maiuscolo. ● Utilizzare una casella per ogni carattere, evitando di invaderne i bordi. ● Evitare correzioni o cancellature e non ripassare caratteri già scritti. ● Non utilizzare apostrofi, accenti, barre, trattini, virgole.

L'esempio «Sì» indica una compilazione corretta, l'esempio «No» indica una compilazione da evitare.

	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO	LAVORATORE STAGIONALE
Sì	V I A F . D E S A N C T I S	1 0 3 / B	☒ oppure ☒
No	P I A V I A F . D E S A N C T I S	1 0 3 / B	☐ ☒
	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO	LAVORATORE STAGIONALE
	P I A V I A F . D E S A N C T I S	1 0 3 / B	☐ ☒

N.B. Per tutti gli indirizzi specificare se trattasi di "via", "piazza", "vicolo", ecc. e aggiungere l'eventuale "frazione", "borgo", "contrada", ecc.

QUADRO A

Reperibilità durante la malattia - Da compilare solo nel caso in cui:

- il lavoratore abbia un temporaneo recapito, diverso dal proprio domicilio;
- occorra precisare il nominativo, differente dal proprio, riportato sul campanello, citofono, ecc. dell'abitazione;
- occorrono ulteriori elementi per identificare l'abitazione (per mancanza, ad esempio, di numero civico, ecc.);
- il cambiamento dell'indirizzo abituale non sia stato ancora comunicato al datore di lavoro.

Dati anagrafici e residenza - Da compilare sempre.

QUADRO B - Da compilare sempre, a cura del lavoratore.

QUADRO C - Da compilare sempre e sottoscrivere.

Per consentire il corretto pagamento dell'indennità di malattia contrassegnare le caselle del settore e della qualifica di appartenenza.

Per lo "Categoria Particolari" barrare la casella se trattasi di:

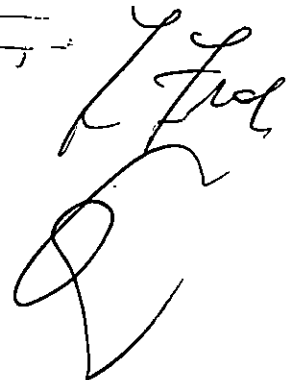
Apprendisti; Lav. domestici; Viaggiatori e Piazzi; Portieri; Dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali; Dipendenti Pubblica Amministrazione.

Contrassegnare anche la casella della categoria in caso di richiesta di pagamento diretto a cura dell'INPS.

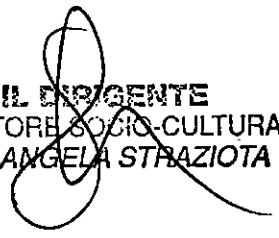
Compilare altresì l'ultima parte del quadro nel caso in cui lo stato di malattia sia stato causato da terzi (incidente stradale, ecc.) o da infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Dott. Antonio MASTANDREA
Medico Chirurgo
Spec. in Igiene
Cod. Reg. 1.4075/4

Redig 20/2/2007

Certifico che Stefano Rossetti
affetto da malattia cutanea
paggi per 2/5 

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	0000113
23 FEB. 2007	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____


IL DIRIGENTE
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE
Avv. ANGELA STRAZIOTA

Dr. ANTONIO MISTANDREA
Medico Chirurgo
Spec. in IGIENE
N. Reg. 1.4075/4

Modugno 5/11/2001

*Attestato di 8 Anni Rose e 3/4/11
da 1/1/00 su pag. 1.
anpr (5/10)*

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. *0052321* ✓

- 6 NOV. 2001

at. _____ Clas. _____

asc. _____ Sottotasc. _____



IL DIRIGENTE
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE
AVV. ANGELA STRAZIOTA

[Handwritten signature]

Dott. MASTANDREA ANTONIO
MEDICO CHIRURGO,
Spec. in IGIENE
N. Reg. 1.4075/4

T-D.

Modugno 18/1/2001

Certifico che S. Antonio Rose è affetto
da S. Lymphatici. Frequenza 6/24/50

COMUNE DI MODUGNO
Prot. n. 0004226
24 GEN. 2001
Cat. _____ Clas. _____
Sottofasc. _____

Dott. MASTANDREA ANTONIO
MEDICO CHIRURGO
Spec. in IGIENE
N. Reg. 1.4075/4

IL DIRIGENTE
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE
Avv. ANGELA STRAZIOTA

a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N. 1522474775

RISERVATO AI MEDICI

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

..PROGNOSE CLINICA A TUTTO IL GIORNO. MESE ANNO

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL
GIORNO A MESE ANNO

COMUNE DI MODUGNO

COMUNE
Prot. n. 0056756
21 NOV. 2007
class.---

DATA_RILASCIO CERTIFICATO

INIZIO

CONTINUAZIONE

RICADUTA

FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

250

000260090061

000260090061

DR. MASTANDREA, A.

VIA G. DI VITTORIO 14/

MODUGNO

RISERVATO AL LAVORATORE

NOMINATIVO INDICATO
PRESSO L'ABITAZIONE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA

(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

INDIRIZZO

1,3. 5.32.2
(range 0-100)

IL DIRIGENTE
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE
AVV. ANGELA STRAZIOTA

C.A.P

COMUNE**DATI ANAGRAFICI** (DA COMPILARE SEMPRE)

CODICE FISCALE

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

NOME

DATA NASCITA

COMUNE
NASCITA
O STATO
ESTERO

GACASO

LESA

ARNO

PROV

QUADRO A

AVVERTENZE

Il presente certificato è utilizzabile solo per aventi diritto alle indennità economiche di malattia a carico dell'INPS e cioè, in linea di massima, tutti i dipendenti del settore privato, esclusi gli impiegati dell'industria, gli addetti ai servizi domestici, i dipendenti del settore del credito, dell'assicurazione e dei servizi tributari appaltati, nonché altre "categorie particolari". Alcuni settori professionali sono indicati nel "QUADRO C" esclusivamente per individuare non aventi diritto alle indennità, che per errore abbiano trasmesso all'INPS il certificato.

Al lavoratore che non indichi il proprio esatto recapito durante la malattia non può essere corrisposta l'indennità di malattia fino a quando le omissioni, le incompletezze o le inesattezze non siano state sanate. La stessa conseguenza si verifica nel caso in cui il lavoratore non abbia segnalato al datore di lavoro le variazioni dell'indirizzo a suo tempo comunicatogli. La presentazione o l'invio del certificato e dell'attestato oltre i due giorni previsti comporta la perdita dell'indennità di malattia per i giorni di ritardo. L'assenza ingiustificata e la mancata presentazione ai controlli sanitari comportano la perdita dell'indennità, variabile a seconda del numero delle assenze.

TURNO

Segnalare al medico la propria condizione di «turnista» solo nel caso in cui la data dichiarata di inizio di malattia coincida con quella del particolare «turno» assegnato al lavoratore.

CONTINUAZIONE DI MALATTIA

Se la malattia continua dopo la scadenza della prognosi indicata sul certificato, la nuova certificazione del medico curante deve essere rilasciata non oltre il giorno successivo alla scadenza del precedente certificato.

FASCE ORARIE DI REPERIBILITÀ

Il lavoratore ammalato deve, per legge, restare a disposizione per eventuali controlli sanitari domiciliari tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 10 alle 12 e dalle ore 17 alle 19. Ciò anche se sia già avvenuto un controllo da parte dell'INPS o della USL o anche se il medico curante abbia dato diversa indicazione.

I dati di reperibilità e anagrafici, scritti sul certificato, sono trasferiti a ricalco sull'attestato di malattia, realizzato con carta autocopiante. Si raccomanda pertanto la perfetta sovrapposizione dei due fogli nel compilare la prima facciata del certificato e la loro separazione prima della compilazione della seconda.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Il modulo è predisposto per la lettura automatica, per cui è necessario: ● Usare penna biro con inchiostro nero o blu. ● Per la spedizione all'INPS piegare una sola volta il certificato. ● Scrivere in carattere stampatello maiuscolo. ● Utilizzare una casella per ogni carattere, evitando di invadere i bordi. ● Evitare correzioni o cancellature e non ripassare caratteri già scritti. ● Non utilizzare apostrofi, accenti, barre, trattini, virgole.

L'esempio «Sì» indica una compilazione corretta, l'esempio «No» indica una compilazione da evitare.

INDIRIZZO	NUMERO CIVICO	LAVORATORE STAGIONALE
Sì VIA F. DE SANCTIS	103 / B	☒ oppure ☒ Sì
INDIRIZZO	NUMERO CIVICO	LAVORATORE STAGIONALE
No VIA F. DE SANCTIS	103 / B	☐ ☒ No

N.B. Per tutti gli indirizzi specificare se trattasi di «via», «piazza», «vicolo», ecc. e aggiungere l'eventuale «frazione», «borgo», «contrada», ecc.

QUADRO A

Reperibilità durante la malattia - Da compilare solo nel caso in cui:

- il lavoratore abbia un temporaneo recapito, diverso dal proprio domicilio;
- occorra precisare il nominativo, differente dal proprio, riportato sul campanello, telefono, ecc. dell'abitazione;
- occorranza ulteriori elementi per identificare l'abitazione (per mancanza, ad esempio, di numero civico, ecc.);
- il cambiamento dell'indirizzo abituale non sia stato ancora comunicato al datore di lavoro.

Dati anagrafici e residenza - Da compilare sempre.

QUADRO B - Da compilare sempre, a cura del lavoratore.

QUADRO C - Da compilare sempre e sottoscrivere.

Per consentire il corretto pagamento dell'indennità di malattia contrassegnare le caselle del settore e della qualifica di appartenenza.

Per le «Categorie Particolari» barrare la casella se trattasi di:

Apprendisti, Lav. domestici, Viaggiatori e Piazzisti, Portieri, Dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali, Dipendenti Pubblica Amministrazione.

Contrassegnare anche la casella della categoria in caso di richiesta di pagamento diretto a cura dell'INPS.

Compilare altresì l'ultima parte del quadro nel caso in cui lo stato di malattia sia stato causato da torzi (incidento stradale, ecc.) o da infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Dott. Antonio MASTANDREA

Medico Chirurgo

Spec. in Igiene

Cod. Reg. 1.4075/4

18/9/2000

Lettera di dimissioni
e jettate di per prodotti cart.
per per Anger (S.C. 7/1)

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 0044695 ✓

19 SET. 2000

at. _____ Clas. _____

asc. _____ Sottosc. _____

Dott. Antonio MASTANDREA
Medico Chirurgo
Spec. in Igiene
Cod. Reg. 1.4075/4

H20;10H

A.S.L. BA/4
"PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO"
70123 BARI

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ED ACCETTAZIONE

DATA: 28/10/2001 ORA: 12:06 PRESTAZIONE: 01/ 27675

COD.SAN.PERS.: 11201725905 COD.FISC.: DMCRS078B44F262W
COGNOME NOME : D'AMICO/ROSA TEL.
NATO A MODUGNO IL 4/02/1978
RESIDENTE A : MODUGNO VIA: VIA ZANCHI, 35

ANAMNESI:

MENTRE CHIUDEVA UNA BUSTA DI PLASTICA CONTENENTE DEL VETRO.

DATI CLINICI:

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 0051370

DIAGNOSI DI AMMISSIONE:

FERITA DA TAGLIO PALMO MANO SX.

30 OTT. 2001

at. _____ Clas. _____

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

FERITA DA TAGLIO PALMO MANO SX.

asc. _____ Sottofasc. _____

PRESTAZIONI: VISITA DI P.S.

TERAPIE:

SUTURA.

IMMUNOPROF. ATT.: 500 u.i.

IMMUNOPROF. PAS.:

E S A M I :

IL DIRIGENTE
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE
Avv. ANGELA STRAZIOTA

PRESCRIZIONI:

MED.AMB.

Klorid RM 102/50 x 3 g

CAUSA: INCIDENTE CASUALE

12:06

PROGNOSI: GIORNI 8 S.C.

REFERTO A.G. /

RIFIUTO:

FIRMA DEL PAZIENTE:

CHIUSURA DI P.S.: DIMESSO

Data Uscita dal PS.

12:14

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE:

IL PAZIENTE

IL MEDICO DI GUARDIA
CARARESE MICHELE