

**Attestato di malattia telematico**Copia cartacea per  
il datore di lavoroNumero di protocollo univoco del certificato (PUC) **431272482** Data visita **12/12/2025****DATI DEL MEDICO**Cognome e nome **DI ROCCO VALENTINA**Codice Regione  
**120**Codice ASL/AO  
**111**

Codice struttura ricovero

Opera nel ruolo di: Medico SSN



Libero professionista

**DATI PROGNOSI**Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal **12/12/2025** Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **19/12/2025**

Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita

Trattasi di: Inizio ☐Continuazione ☒Ricaduta ☐Visita: Ambulatoriale ☒Domiciliare ☐Pronto Soccorso ☐

La malattia è dovuta ad evento traumatico



Patologia grave che richiede terapia salvavita



Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio



Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta

**DATI DEL LAVORATORE****ANAGRAFICI**Cognome **TOLOMEO**Nome **GIOVANNA**C.F. **TLMGNN63D49H501W**Nato/a il **09/04/1963** a (Comune o Stato estero)**ROMA**Provincia **RM****RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE** (dati dichiarati dal lavoratore)In via/piazza **VIA RICCIOTTI N**n. **19 GIULIANELLO**Comune **CORI**Provincia **LT** CAP **04010****REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA** (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)

Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)

In via/piazza

Comune

Provincia

CAP

Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009

Ristampato il 12/12/2025 alle ore 09:53:24