

CERTIFICATO MEDICO PER CONTAGIO DA COVID-19

a valenza medico legale da redigere a cura di medico di Struttura Pubblica o medico ASL da allegare alla domanda di sussidio per positività e sospetta positività per la malattia Covid 19

NOTA BENE: ai fini del riconoscimento del diritto al sussidio per positività o sospetta positività al Covid 19 è necessario che **l'impossibilità ad esercitare la professione**, in relazione a segni e sintomi ad esso riconducibili, si sia protratta **per un periodo non inferiore a 21 giorni**, come da certificazione medica da trasmettere obbligatoriamente unitamente alla domanda.

Io sottoscritt_ Dott.											
Codice Fiscale											
N. Iscrizione all'Ordine dei Medici-Chirurghi										n. civico	
Con studio in (Via, Piazza)											
Cap				Città				Prov.			
Telefono				cellulare				e-Mail			

A seguito della visita effettuata in data ____ / ____ / ____

CERTIFICO che

L' Ing. <input type="checkbox"/> Arch. <input type="checkbox"/>													
Codice Fiscale/Tessera sanitaria													
Nat_				il				a				Prov.	
Residente in (Via, Piazza)										n. civico			
Cap				Città				Prov.					

è stato affetto da malattia Covid 19 senza necessità di ricovero, come confermato da tampone oronasofaringeo effettuato in data ____ / ____ / ____ con segni e sintomi della malattia;

ha presentato segni e sintomi di sospetta malattia Covid 19, senza necessità di ricovero

Anamnesi patologica rilevante ai presenti fini / obiettività /referti clinici strumentali:

e in relazione alla patologia sofferta il professionista:

non è risultato asintomatico

ed è stato impossibilitato a svolgere **la libera professione di ingegnere / architetto per un periodo pari o superiore a 21 giorni, a decorrere dal** ___ / ___ / ___ **fino al** ___ / ___ / ___

Luogo _____

Data _____/_____/_____

In fede

Timbro e firma del medico