

Spett.le

INPS – Rep. Disoccupazione

Rif:

Oggetto: Certificato Medico di riacquisto 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 _____ perché

affetto/a da _____

e che in data _____ ha riacquisito la:

- Parziale idoneità psico-fisica a svolgere attività lavorativa;
- Totale idoneità psico-fisica a svolgere attività lavorativa.

_____, li _____

(Timbro e Firma del Medico Curante)

N.B. da far compilare da parte del Medico di Famiglia il quale è necessario che certifichi almeno un pur minima capacità lavorativa, quest'ultima è uno dei requisiti indispensabili al fine dell'accoglimento dell'indennità di Disoccupazione