

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**