

T. 1120
1120

Pratica n.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI FINI DI PERCEZIONE DELL'INDENNITA'
ASPI/MINIASPI/NASPI (DISOCCUPAZIONE)

SPAZIO RISERVATO AL DISOCCUPATO

IL SOTTOSCRITTO _____

CODICE FISCALE _____ TEL. _____

NATO IL _____ A _____

RESIDENTE IN VIA _____ CITTA' _____

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO

Il sottoscritto medico/medico curante _____

DICHIARA che il signor _____ di anni _____

è stato in condizione di totale incapacità lavorativa a partire dal giorno _____

perché affetto da _____

_____ e lo stesso :

in data _____ ha riacquisito la capacità lavorativa sia
pure residua

a tutt'oggi non ha riacquisito la capacità lavorativa sia pure residua

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
