

CERTIFICATO DI RIACQUISTO DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA

(Messaggi INPS n. 4468/2024 e 2357/2025)

Il/La sottoscritto/a Dr./D.ssa _____,

a seguito della visita effettuata, attesta quanto segue:

Il/La Sig./Sig.ra _____,

ha concluso il riferito periodo di incapacità temporanea al lavoro e ha quindi riacquisito la capacità lavorativa generica.

La presente certificazione:

è priva di diagnosi;

ha esclusiva finalità previdenziale.

Luogo e data: _____

Firma e timbro del medico: _____