

[Inserire qui l'Intestazione del Medico Specialista / Carta Intestata dello Studio]
(Nome, Cognome, Specializzazione, Indirizzo, Contatti telefonici e mail)

Luogo e Data: _____

Spett.le Ufficio Risorse Umane / Datore di Lavoro

[Inserire Nome dell'Azienda]

[Inserire Indirizzo o Email HR]

Oggetto: Certificazione medica e richiesta di attivazione Lavoro Agile (Smart Working) a tutela della salute del dipendente.

Con la presente, il sottoscritto Dr./Dott.ssa _____, in qualità di medico specialista in _____, certifica di avere in cura il seguente paziente:

- **Nome e Cognome:** _____
- **Nato a:** _____ **il** _____
- **Codice Fiscale:** _____

Si attesta che il paziente presenta attualmente un quadro clinico che necessita di specifiche tutele preventive.

Al fine di garantire la salvaguardia della sua salute e per evitare i potenziali rischi legati allo spostamento casa-lavoro e alla permanenza prolungata in ambienti condivisi, **si raccomanda vivamente l'attivazione della modalità di Lavoro Agile (Smart Working) per lo svolgimento delle proprie mansioni lavorative.**

Tale misura è da considerarsi necessaria per il seguente periodo di tempo:

- [] dal _____ al _____
- [] per i prossimi _____ mesi
- [] fino a nuova valutazione clinica

Si precisa che le specifiche condizioni di salute del paziente sono documentate presso i nostri archivi. Resto a completa disposizione del Medico Competente della Vostra azienda per eventuali approfondimenti clinici, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati sanitari (Privacy).

Cordiali saluti,

Firma e Timbro del Medico Specialista