



Città di Tempio Pausania

Settore AA.II. E Personale

Ufficio Servizi al Personale

Class. 3.9.0

Codice ISPA 11

Prot. n. _____

Al Dirigente del Settore AA.II. E Personale

All'Ufficio Servizi al personale

e, p.c.

Al Dirigente del Settore

LORO SEDI

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCERTAMENTO SANITARIO.

Il/La sottoscritto/a

nato/a

il

residente in

via

n. civico

Codice Fiscale

in servizio presso il Comune di

in qualità di

appartenenza), categoria giuridica

(indicare profilo professionale di

presso (indicare il Settore/Servizio di appartenenza)

con Sede in

via/piazza

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita medica collegiale da parte della competente Commissione Medica di Verifica presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per ottenere il riconoscimento di:

Inabilità assoluta o parziale al proficuo lavoro, permanente o temporanea, per infermità non dipendenti da causa di servizio (art. 13 della Legge n. 274/1991);

Inabilità assoluta per infermità non dipendenti da causa di servizio, per le quali il sottoscritto/a si trova nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, al fine di ottenere la pensione di inabilità prevista dall'art. 2, comma 12, della Legge n. 335/1995.

A tal fine allega:

- Certificato medico attestante il proprio stato di salute;
- Cartelle cliniche e documentazione medico/ospedaliera;
- Certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa, redatto secondo lo schema dell'Allegato 2 al DM 187/1997.

Restando a disposizione per ogni eventuale chiarimento ed in attesa di comunicazioni in merito, si porgono cordiali saluti.

,

(Luogo)

(Data)

In fede

(Firma)