

Al Comune di Palermo  
Settore Risorse Umane  
Servizio Acquisizione Risorse Umane

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Amministrazione  
con la qualifica di \_\_\_\_\_, attualmente in servizio  
presso \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_;

### **Chiede**

di essere sottoposto, al fine di ottenere la pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, della legge 08 agosto 1995, n. 335, a visita medica per l'accertamento della assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa per l'infermità non dipendente da causa di servizio.

A tal fine allega:

- 1) certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata (redatto secondo lo schema dell'allegato 2 al decreto) e lo stato di inabilità assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività lavorativa;
- 2) documento di riconoscimento in copia

Il Richiedente

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, inoltre, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) nonché le comunicazioni in formato elettronico.

Firma leggibile

\_\_\_\_\_