

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, così come modificato dal D. Lgs. 101/2018 recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale al Regolamento UE 2016/679". Autorizza, altresì, il ricevimento delle comunicazioni in formato elettronico.

Firma leggibile
