

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

### **Chiede**

ai sensi della normativa vigente, di essere sottoposto a visita medica per l'accertamento delle condizioni di salute al fine del riconoscimento della non idoneità alle mansioni del profilo professionale di appartenenza. In sede di visita presso la Commissione Medica di Verifica ci si riserva di produrre documentazione sanitaria adeguata.

A tal fine allega:

- 1) certificato medico attestante le patologie sofferte;
- 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

\_\_\_\_\_