

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_ mail cert. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_, in servizio al Comune di Palermo

presso il Settore/Ufficio \_\_\_\_\_, mail dell'

ufficio \_\_\_\_\_ recapito telefonico dell'ufficio \_\_\_\_\_,

con la qualifica di \_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_

Personale  Comunale  Coime  full time  part time 

attualmente in servizio dal \_\_\_\_\_

attualmente in malattia dal \_\_\_\_\_

totale di giorni di assenza per malattia fruiti **nell'ultimo triennio** pari a \_\_\_\_\_

riduzione dello stipendio dal \_\_\_\_\_

assunzione in virtù delle norme sulle categorie protette  si  no copia dell'estratto del verbale del medico competente (ex D.Lgs 81/2008)  si  no relazione informativa ai sensi dell'art. 15 DPR 461/2001 e ss.mm.ii.  si  no Tipologia della richiesta  proficuo lavoro  inidoneità al profilo di appartenenza  inabilità ai sensi della L. 335/95  causa di servizio

Richiesta inoltrata da Ufficio/Settore di appartenenza

Soggetto interessato

Richiesta di visita domiciliare si  no

### Documenti allegati

Copia del documento di riconoscimento (obbligatorio)

Certificato medico attestante le patologie sofferte

Certificato medico allegato 2 L. 187/97 (solo per la richiesta l. 335/95)

Certificato di intrasportabilità (solo per la visita domiciliare)

Denuncia/Comunicazione di infortunio (solo per le cause di servizio)

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Il Richiedente**

(dipendente o rappresentante dell'Ufficio/Settore)

\_\_\_\_\_

Si 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 del dipendente

\_\_\_\_\_

Si autorizza l'ente a trasmettere la documentazione e i dati riservati alla Commissione Medica costituita presso l'INPS, per gli adempimenti connessi all'accertamento sanitario.

Si comunica che il lavoratore potrà consultare l'informativa resa dall'INPS ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016, disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it), relativamente al trattamento dei dati posto in essere dall'Istituto per gli adempimenti di propria competenza.

Firma leggibile del dipendente

\_\_\_\_\_