

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ nato/a _____ prov. _____

il _____ residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

mail _____ mail cert. _____

recapito telefonico _____, domicilio dove ricevere le comunicazioni

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 _____

in malattia dal _____ al _____

(campo obbligatorio, indicare almeno l'ultimo episodio di malattia anche se risalente nel tempo)

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

eventuale 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

(obbligatoria nel caso di visita richiesta dall'ufficio)

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

Anzianità contributiva (obbligatorio) _____

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, relativamente al trattamento dei dati posto in essere dall'Istituto per gli adempimenti di propria competenza.

Firma leggibile del dipendente
