



Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ nato/a a _____ Prov. _____

Il _____ Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Recapito (da specificare se diverso dalla residenza):

Luogo _____ **Prov.** _____

Via _____ **n.** _____ **CAP** _____

Domicilio informatico (PEC, mail istituzionale, mail privata) _____

Recapito telefonico (fisso e/o cellulare) _____ - _____

Ambito di appartenenza

In servizio presso _____

Attualmente in servizio dal _____

Attualmente in malattia dal _____

Indicare le assenze per malattia nell'ultimo triennio computate nel periodo di comporta

Riduzione di stipendio dal _____

Classificazione IGOP

Contratto **categoria** **qualifica**



Tipo contratto part time full time

Assunzione in virtù delle norme sulle categorie protette sì no

Anzianità di servizio e contributiva _____

Gestione pensionistica del dipendente _____

Descrizione delle mansioni svolte _____

Copia estratto del verbale di visita contenente il giudizio del Medico Competente nel caso di personale soggetto a sorveglianza sanitaria ex D.Lgs 81/2008 sì no

Rapporto informativo ai sensi dell'art.15 DPR 461/2001 e ss.mm.ii.
(con evidenziazione delle motivazioni della richiesta dell'accertamento sanitario) sì no

Infermità già giudicate ai fini della dipendenza da causa di servizio (allegare copia di eventuale provvedimento di riconoscimento) sì no

Tipologia di richiesta

Vittime del dovere

Vittime del terrorismo

Istanza

In caso di aggravamento, rivedibilità o rettifica, inserire il numero pratica di prima istanza:

Documentazione allegata sì no

Richiesta inoltrata da

Richiesta visita domiciliare sì no

In caso di richiesta della visita domiciliare allegare certificazione medica che attesti un comprovato e permanente impedimento psico – fisico a lasciare il domicilio.
(la visita domiciliare sarà disposta nei casi in cui ne ricorrano i presupposti previsti dalla vigente normativa)

Data _____