

UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane  
Sede

**RICHIESTA PENSIONE DI INABILITA'**  
**di cui all'art. 2 comma 12 della L. 335/1995**

\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_,

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, in servizio

Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

presso questo Policlinico in qualità di \_\_\_\_\_,

CHIEDE

la pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, della Legge dell'8 agosto 1995, n. 335, per infermità non dipendente da causa di servizio per la quale si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.[1]

ALLEGA

- certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività lavorativa; [2]
- cartelle cliniche e documentazione medico-ospedaliera; (eventuali).

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_

**N.B. L'informativa al personale sul trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, è disponibile all'interno della sezione privacy della rete intranet aziendale.**

[1] la domanda può essere integrata con la dicitura, "o in subordine inabilità permanente ed assoluta ad ogni proficuo lavoro, non dipendente da causa di servizio, ex art. 13 legge 274/1991". In questo caso la Commissione Medica, qualora non sussistano i requisiti per la concessione della pensione di inabilità ai sensi della legge 335/95 si pronuncerà in relazione alla sussistenza dell'inabilità ai sensi della legge 274/91 ed in caso di riconoscimento di tale inabilità si attiverà il procedimento di risoluzione del rapporto d'impiego per inidoneità fisica ai sensi dell'art. 512 D.L.vo 297/1994.

[2] redatto secondo lo schema dell'allegato 2 dell'art. 3 comma 3 del Decreto 8 maggio 1997, n. 187

**CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE  
DELLA PENSIONE DI INABILITA'**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nat. il \_\_\_\_\_ domiciliat. a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ figli n. \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ occupazione attuale \_\_\_\_\_

data della cessazione del lavoro \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

Anamnesi remota e prossima: (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) [1] \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E' titolare di rendita – pensione – indennizzi ecc. \_\_\_\_\_

Specificare tipo e percentuale di invalidità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stato generale: \_\_\_\_\_ alt. m. \_\_\_\_\_ peso Kg. \_\_\_\_\_

cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neo-formazioni, fistole, cicatrici, sfregi eccetera) \_\_\_\_\_

App. cardiovascolare: \_\_\_\_\_

Polso: \_\_\_\_\_ Respiro: \_\_\_\_\_ press. Arter.: \_\_\_\_\_

Vasi: \_\_\_\_\_

App. respiratorio: \_\_\_\_\_

Apparato digerente: \_\_\_\_\_

Ernie: (sede, riducibilità, uso di cinti): \_\_\_\_\_

Organi ipocondriaci: \_\_\_\_\_

App. osteoarticolare: (in particolare evidenza le limitazioni funzionali): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato 2 dell'art. 3 comma 3 del Decreto 8 maggio 1997, n. 187**

Articolazioni: \_\_\_\_\_

E' provvisto di apparecchio protesico \_\_\_\_\_

Sistema endocrino: \_\_\_\_\_

Sistema nervoso e psiche: \_\_\_\_\_

Occhi e vista: \_\_\_\_\_

Orecchio e udito: \_\_\_\_\_

App. urogenitale: \_\_\_\_\_

Altri organi e apparati: \_\_\_\_\_

Documentazioni sanitarie esibite dal dipendenti (cartelle cliniche – accertamenti sanitari, eccetera \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali terapie praticate: \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

Per la menomazione complessiva dell'integrità psico-fisica accertata e riportata in diagnosi, sussistono le condizioni per ritenere che il dipendente \_\_\_\_\_

**SI TROVA NELL'ASSOLUTA E PERMANENTE IMPOSSIBILITA' DI SVOLGERE QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA.**

Data \_\_\_\_\_

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico

\_\_\_\_\_

[1] Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi.