



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** \_\_\_\_\_