

AI DIRETTORE GENERALE
Università degli Studi
PERUGIA

__l__ sottoscritt__ _____
nat __ a _____ il _____
residente in _____ via/p.zza _____ n. _____
in servizio presso _____ in qualità di categ. _____

CHIEDE

la pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, della legge 8 agosto 1995, n. 335 e pertanto chiede di essere sottopost__ a visita medica collegiale ai fini dell'accertamento sanitario della propria infermità non dipendente da causa di servizio, per la quale si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Allega:

- 1) certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività lavorativa;
- 2) _____

Data _____

Firma

2) eventuali cartelle cliniche e/o altra documentazione medica attinente l'infermità oggetto della richiesta.

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e nome
nato il domiciliato a via stato civile figli n.
documento di riconoscimento n. rilasciato il
da occupazione attuale data della cessazione del
lavoro per

Anamnesi remota e prossima: (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) (1)

titolare di rendita - pensione - indennizzi ecc.

Specificare tipo e percentuale di invalidita'

Stato generale: alt. m peso kg

cuti, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosita', dermatosi, ulcerazioni, edemi,
neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc.)

App. cardiovascolare: Polso: respiro: press. arter:

Vasi:

App. respiratorio:

App. digerente:

Ernie: (sede, riducibilita', uso di cinti)

Organi ipocondriaci:

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

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 dipendente (cartelle cliniche - accertamenti sanitari, ecc.)

Eventuali terapie praticate:

Diagnosi:

Per la menomazione complessiva dell'integrita' 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.