

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

**" NR. 6 "**

**VIA AUGUSTO VALLI 40 - MODENA**

**AL**



**Richiesta di essere sottoposto a visita medica collegiale**

**Dirigente Scolastico**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " NR. 6 "**

**SEDE**

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

**Oggetto: Richiesta di essere sottoposto a visita medica collegiale.**

**La sottoscritta nata a il e residente a (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) in num. CAP**

 **, Codice fiscale , dipendente di questo Istituto in qualità di Docente**

**[incarico]**

**CHIEDE**

**di essere sottoposto a visita medica collegiale presso la Commissione medica di verifica del MEF di per un accertamento finalizzato a verificare la sussistenza di:**

**- Inidoneità psicofisica permanente a qualsiasi attività lavorativa;**

**- inidoneità psicofisica temporanea a qualsiasi attività lavorativa;**

**- Inidoneità psicofisica permanente alle mansioni previste dal profilo professionale di**

**appartenenza;**

**- Inidoneità psicofisica temporanea alle mansioni previste dal profilo professionale di**

**appartenenza;**

**- Inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa (legge 335/95)**

**Allega la seguente documentazione:**

**Dichiara di essere a conoscenza del fatto che alla visita richiesta dovrà produrre tutta la documentazione medica rilevante in suo possesso.**

**Distinti saluti.**

**MODENA, li' 02/01/2017**

**Firmato**

*Codice modulo: 033 Pagina 1*



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

**" NR. 6 "**

**VIA AUGUSTO VALLI 40 - MODENA**

**(inviato da ClasseViva - Spaggiari il 02/01/2017 alle ore 18:41 tramite login MODD0001.2859718)**



**Richiesta di essere sottoposto a visita medica collegiale**

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

*Codice modulo: 033 Pagina 2*