

**MOD. 09 - FAC SIMILE RICHIESTA VISITA PER ACCERTAMENTO
INIDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DI QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA**

ALL'U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE

Ufficio Gestione Rapporto Di Lavoro Personale Ruolo

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____, e residente a _____
in via _____ matricola n. _____
dipendente di ruolo in qualità di _____ CAT. _____
con mansioni di _____ in servizio presso
_____ eventuale recapito telefonico

CHIEDE

ai sensi della vigente normativa, di essere sottoposto/a a visita presso la competente Commissione Medica al fine di conseguire il beneficio della pensione di inabilità ai sensi dell'art.2 comma 12 della legge 8 agosto 1995 n. 335 e ss.mm. e ii., per infermità non dipendente da causa di servizio, per la quale si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Allega:

1. Busta sigillata contenete certificato/i medico/i attestante le patologie dalle quali è affetto/a.

Ferrara, _____

Il/La dipendente

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente al fine della concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Ferrara; il/la responsabile del Trattamento è il/la Dirigente del Servizio Personale.

I dati verranno comunicati ad altri soggetti pubblici solo nei casi previsti dalla vigente normativa.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Ferrara, _____

Per presa visione, il/la dichiarante, _____
