

**C) MODELLO RICHIESTA VISITA MEDICO COLLEGIALE PER INABILITA' AL
PROFICUO LAVORO**

(*intestazione del richiedente **datore di lavoro***)

Prot.n. _____

data _____

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale TA
Dipartimento di Prevenzione
COLLEGIO MEDICO LEGALE
Via Pupino n. 2 – 74123 TARANTO
PEC: dipartprevenzione.collegiomedicolegale.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it
Tel. 099/45585698 099/4585696

E P.C. al _____

(indicare estremi identificativi dell'interessato)

**OGGETTO: Sig. _____ Richiesta visita medico-collegiale per accertamento della
inabilità assoluta e permanente al proficuo lavoro (dipendenti delle casse pensioni gestite dall'INPDAP
(attualmente dall'INPS).**

Con la presente s'invita codesta Commissione a voler sottoporre a visita medico collegiale il Sig.
_____ (indicare nome e cognome dell'interessato) per accertamento della inabilità assoluta
e permanente al proficuo lavoro (art.13 legge 274/91).

La richiesta di visita medico collegiale è determinata da istanza dell'interessato

Il Sig. _____ (indicare nome e cognome dell'interessato) in servizio presso
questo _____ (ufficio/ente/azienda ecc.) è in atto dimorante a
_____ (indicare l'indirizzo ed il recapito telefonico dell'interessato).

Si prega di disporre affinché l'interessato sia tempestivamente avvisato del giorno e dell'ora in cui verrà
sottoposto a visita medico collegiale.

La presente nota sarà inviata per conoscenza all'interessato, affinché lo stesso debba ritenersi informato della
richiesta di visita medica collegiale disposta nei suoi confronti e della facoltà di farsi eventualmente assistere
da un medico di fiducia a proprie spese.

A corredo della presente si inviano in allegato gli atti sotto indicati:

1. _____

2. _____

(es. la domanda e la documentazione medica prodotto dall'interessato, una relazione dalla quale risultano le
motivazioni per le quali viene richiesta la visita medico collegiale, il prospetto delle assenze ecc. ecc.)
