

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.)