

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALI RIUNITI
VILLA SOFIA - CERVELLO
S E D E

I sottoscritt _____,
matricola _____ nato a _____, Prov (____) il
____/____/____/, codice fiscale ____/____/____/____/____, residente a _____
_____ in Via _____ n.____, Cell.
_____/ Telefono _____/, mail _____
in servizio presso _____ del Presidio Ospedaliero
_____ con la qualifica di _____
_____.

C H I E D E

la pensione di inabilità ai sensi dell'art.2 - comma 12 - della Legge 8 Agosto 1995 N. 335, per infermità non dipendente da causa di servizio per la quale si trova nella assoluta impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Alla presente allego:

1. certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività lavorativa (composto da 3 pagine);
2. documento di identità leggibile;
3. libertoria privacy.

Palermo, ____/____/____/

Firma

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE
DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e Nome.....

Nat.... il domiciliat.. a.....

Via..... stato civile..... figli N.....

Documento di riconoscimento N. rilasciato il.....
dal.....

Occupazione attuale

data della cessazione dal lavoro per

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

.....
.....
.....

E' titolare di rendita - pensione - indennizzi ecc.

Specificare tipo e percentuale di invalidità

.....
.....
.....

Stato generale: alt. m..... peso kg.....

cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi,, ulcerazioni,
edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi ecc.)

.....
.....
.....
.....
.....

Apparato cardiovascolare:

.....
.....
.....

Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi

Polso: Respiro: Press. arteriosa:

Vasi:

Apparato respiratorio:

Apparato digerente:

Emie (sede, riducibilità, uso di cinti):

Organi ipocondriaci:

Apparato 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:

Apparato urogenitale:

Altri organi e apparati:

Documentazioni sanitarie esibite dal __ dipendente (cartelle cliniche - accertamenti sanitari ecc..) :

Eventuali terapie praticate:

Diagnosi:

Per la menomazione complessiva dell'integrità psico-fisica accertata e riportata in diagnosi, sussistono le condizioni per ritenere che _1_ dipendente

SI TROVA NELL'ASSOLUTA E PERMANENTE IMPOSSIBILITA' DI SVOLGERE QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA.

Data/...../...../

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico



Sede Legale Viale Strasburgo n.233 90146 Palermo Tel 0917801111 P.I. 05841780827
U.O.C. Risorse Umane

Informativa Privacy e consenso al trattamento dei dati sensibili.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali ordinari, sensibili e giudiziari eventualmente resi o trattati da codesta U.O.C. Risorse umane e Affari Generali sono raccolti esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali, per finalità strettamente connesse al procedimento amministrativo e per l'esecuzione delle operazioni relative ai benefici richiesti dal dipendente. A tal fine i dati potranno essere trasmessi a soggetti terzi (nonché al Ministero della Funzione Pubblica, Polizia Municipale) che svolgono funzioni strettamente connesse alla fruizione dei benefici richiesti.

Il trattamento sarà effettuato attraverso l'utilizzazione di strumenti informatici, telematici e cartacei per i quali sono impiegate misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e ad evitarne l'accesso a soggetti non autorizzati, in conformità alle norme di legge e regolamenti.

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza dei dipendenti e dei loro diritti.

In qualunque momento l'utente può far valere i diritti previsti dal Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, in particolare:

- richiedere la conferma dei dati personali che lo riguardano;
- riceverne comunicazione intellegibile,
- avere informazioni circa la logica e le finalità del Trattamento;
- richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione;
- richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione della legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti;
- opporsi in tutto o in parte al trattamento dei dati personali sebbene pertinenti allo scopo della raccolta.

CONSENSO

Il sottoscritto preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 acconsente, all'istruzione, alla definizione, e alla comunicazione inerente la richiesta dei benefici:

1. al trattamento di eventuali dati sensibili;
2. al trasferimento dei propri dati personali;
3. alla comunicazione dei propri dati sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di recapito, di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti;
4. alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri Enti ed Amministrazioni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire la richiesta il sottoscritto consente al trattamento dei propri dati personali e sensibili.

_____ data

_____ firma del dipendente Richiedente