

B) MODELLO RICHIESTA VISITA MEDICO COLLEGALE PER IDONEITA'

(*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 idoneità psico-fisica a svolgere le mansioni del profilo di _____ ai fini dell'adozione dell'eventuale provvedimento di dispensa dal servizio.

Con la presente s'invita codesta Commissione a voler sottoporre a visita medico collegiale il Sig. _____ (indicare nome e cognome dell'interessato) per accertarne l'idoneità o meno ad una regolare prestazione del servizio e la durata dell'eventuale infermità con riferimento allo svolgimento di tutte le mansioni del profilo professionale di appartenenza, di cui si allega copia.

In caso di inidoneità a svolgere mansioni proprie della qualifica o profilo di appartenenza si prega codesto servizio di voler precisare se lo stesso possa essere impiegato o meno in compiti diversi, in tal caso quali.

La richiesta di visita medico collegiale è determinata da _____ (indicare se viene richiesta a seguito di istanza dell'interessato intesa ad ottenere o l'accertamento dell'idoneità fisica o la dispensa dal servizio oppure se viene chiesta d'ufficio indicare le motivazioni).

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)
