AZIENDA UNITA’ SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Via R. Paolini, 47- 65124 Pescara

Pescara,

 UOC Dinamiche del Personale

 SEDE

**OGGETTO: Richiesta pensione di inabilità ai sensi dell’art. 2 comma 12 L. 335/95.**

 Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

natoa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente di codesta Azienda USL profilo prof.le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede** la pensione di inabilità ai sensi dell’art. 2 comma 12, della legge 08 agosto 1995 n. 335, 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) certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell’infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa;

 2) cartelle cliniche e documentazione medico-ospedaliera;

 3) dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

 Distinti saluti.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

**CONSENSO A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI PROPRI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Art. 81 Decreto Lgs. 196/2003

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dopo essere stato informato dei propri diritti (artt. 7,8,9,10 del D.Lgs.196/2003) nei confronti dei dati personali sensibili;

dopo aver preso visione dell’informativa ex art. 13 D. Lgs 196/2003 e quindi consapevole che:

1. I dati personali sensibili saranno utilizzati (nel rispetto della vigente normativa e tenuto conto degli obiettivi di riservatezza) esclusivamente per finalità inerenti la procedura in oggetto;
2. Il conferimento dei dati sensibili deve intendersi quale mera facoltà e non obbligo;
3. In mancanza di conferimento dei dati sopra indicati le prestazioni di cui al punto a) non potranno essere espletate;
4. Qualora venisse autorizzato il trattamento dei dati sensibili, nei limiti e per le finalità di cui al punto a) che precede, questi potranno essere portati a conoscenza anche di soggetti pubblici e/o privati (in aggiunta dei soggetti nominati dell’ Azienda USL responsabili o incaricati al trattamento dei dati personali) che per conto dell’Azienda svolgono attività di supporto istituzionali;
5. I trattamenti saranno effettuati in modalità cartacea, informatizzata e mista;
6. I profili inerenti l’applicazione delle misure di sicurezza sono esplicitati nel DPS (Documento Programmatico della Sicurezza) di cui può essere presa visione presso l’Ufficio Privacy aziendale.

**CONSENTE**

che tali dati saranno trattati per i dovuti adempimenti relativi alla procedura di riconoscimento dell’inabilità permanente ed assoluta ad ogni proficuo lavoro ex art. 13 L. 274/91.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

Allegato copia del documento di riconoscimento

**CERTIFICATO MEDICO PER LA**

**CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITA’**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ figli n. \_\_\_\_\_\_\_ documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ occupazione attuale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data cessazione del lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anamnesi remota e prossima (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri)

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

E ’titolare di rendita – pensione – indennizzi ecc. ………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

Stato generale: ………………………………………………………………………………………………………

Alt. m. …………………………. Peso Kg. …………………………… cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc.) …………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………...

App. Cardiovascolare ……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

Polso …………………………… respire ………………………………… press. Arter. …………………………

Vasi: ………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

App. Respiratorio: ………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

App. Digerente: …………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Ernie: (sede, riducibilità, uso di cinti) ……………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Organi ipocondriaci: ………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

App. 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: ……………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

App. 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 il dipendente: ………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

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

Timbro del medico (con indirizzo)

 Firma del medico