

*Al Direttore Generale
dell'Università degli Studi di Napoli
Federico II
NAPOLI*

Il/La sottoscritto/a matr.

in servizio presso

CHIEDE

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 e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Allega :

- ☐ certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività;
- ☐ cartelle cliniche e documentazione medico – ospedaliera; (eventuali).

Napoli,

Il richiedente

.....

RICONOSCIMENTO:

documento ____ n. _____ rilasciato da _____

il _____ valido fino a _____

l'impiegato addetto alla ricezione: _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze.

Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it.

Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Personale Tecnico Amministrativo: personale@unina.it; PEC : personale@pec.unina.it.

Agli interessati competono i diritti di cui all'art. 15 - 22 del Regolamento UE.

Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo:

<http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e nome.....
nat. il domiciliato a
via stato civile figli n
documento di riconoscimento n rilasciato il
dal occupazione attuale
data della cessazione di lavoro per
Anamnesi remota e prossima: (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) (1).....
.....
.....
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.).....
.....
.....
App. cardiovascolare:.....
.....
.....
Polso:.....
Respiro:.....
Press. arter:.....
Vasi:.....
.....
App. respiratorio:.....
.....
App. digerente:.....
.....
Emie: (sede, riducibilità, uso di cinti).....
.....
Organi ipocondriaci:.....
App. osteoarticolare: (in particolare evidenza le limitazioni funzionali).....
.....
Articolazioni.....
.....
E' provvisto/a 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:.....

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.

Data.....

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico

.....

1) Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi.