

**ALL'ASSESSORATO DELLE AUTONOMIE  
LOCALI E DELLA FUNZIONE PUBBLICA  
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA  
E DEL PERSONALE - SERVIZIO 1 - Gestione  
Giuridica del Personale  
Viale Regione Siciliana, 2226  
**90135 PALERMO**  
[giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it](mailto:giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it)**

per il tramite \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_/\_\_/\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, in  
servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposto/a ad accertamento medico ai fini della pensione di inabilità, ai sensi dell'art. 2, comma 12 della L. 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:

- 1) Certificato medico per la concessione della pensione di inabilità (D.M.T. 187/97) ;
- 2) Fotocopia documento di riconoscimento.

**IL RICHIEDENTE**