

**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**

per il tramite _____

Il/La sottoscritto _____ nato a _____ il
__/__/__, residente a _____ in Via/Piazza _____ n. ____, in
servizio presso _____ con la qualifica di
_____, ai sensi dell'art. 3 comma 2, del D.P.R. 171/2011

CHIEDE

di essere sottoposto/a ad accertamento medico ai fini della risoluzione del rapporto di lavoro per
inidoneità permanente ed assoluta al servizio, ai sensi e per gli effetti dell'art. 8 del D.P.R.
171/2011.

Allega:

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

IL RICHIEDENTE