



Regione Siciliana

Assessorato delle Autonomie Locali e della Funzione Pubblica
Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale
Servizio 3 – Gestione Giuridica del Personale
a tempo indeterminato
Via Regione Siciliana n.2194 – PALERMO
e-mail: giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it

Prot. n. 93751

Palermo li, 31 AGO 2021

OGGETTO: Richiesta accertamento sanitario ai sensi della L. 8/8/95 n. 335, D.M. del Tesoro 8/5/97 n. 187 e D.L. 12/02/04 artt. 3 e 4 per concessione pensione d'inabilità e inidoneità – Circolare.

solo via mail

Al Segretario Generale

Ai Dirigenti preposti ai Dipartimenti regionali e Uffici equiparati, Uffici speciali, Uffici alle dirette dipendenze del Presidente della Regione, Ufficio del Garante per la tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e per il loro reinserimento sociale

Ai Capi di Gabinetto

All' A.R.A.N - Agenzia Rappresentanza
Negoziale Regione Sicilia

All'Assemblea Regionale Siciliana

All'E.R.S.U Ente Reg. Diritto Studio Universita'
- Enna
Catania
Messina
Palermo

Al Fondo Pensioni Sicilia

Al Comando del Corpo Forestale della
Regione Siciliana

e, p.c., All'Assessore Regionale delle
Autonomie Locali e della Funzione Pubblica

Alle Organizzazioni Sindacali

Ai Dirigenti dell'Area e dei Servizi del
Dipartimento della Funzione Pubblica e del
Personale

A seguito di recenti implementazioni del sistema operativo della Commissione Medica di Verifica, al fine di dar corso all'istruttoria delle pratiche per l'avvio ad accertamento medico legale degli interessati, si comunica che le istanze dovranno essere integrate, **a pena di irricevibilità**, dal modello che si allega, scaricabile dal portale MEF DAG

<https://www.dag.mef.gov.it/index.html> > Servizi e modulistica > Modulistica > Commissioni mediche di verifica, raggiungibile anche dalla pagina di seguito indicata:

https://www.dag.mef.gov.it/dipartimento/comitato_commissioni/commissioni_mediche_verifica/.

Si ricorda che l'interessato/a dovrà altresì trasmettere il certificato medico specifico per la concessione della pensione di inabilità debitamente datato, timbrato e sottoscritto dal medico curante, scaricabile sempre dal portale di cui sopra e che si allega alla presente.

Le richieste per accertamento sanitario ai sensi della L. 8/8/95 n. 335, D.M. del Tesoro 8/5/97 n. 187 e D.L. 12/02/04 artt. 3 e 4, redatte nel rispetto di quanto sopra descritto, dovranno pervenire al Servizio 3 del Dipartimento della Funzione Pubblica per l'inoltro alla commissione Medica competente.

Si prega di dare massima diffusione della presente circolare a tutto il personale dipendente.

La presente circolare sarà pubblicata nel sito ufficiale del Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale.

Il Dirigente del Servizio 3
G.G. Palagonia





Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ nato/a a _____ Prov. _____

Il _____ Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Recapito (da specificare se diverso dalla residenza):

Luogo _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Domicilio informatico (PEC, mail istituzionale, mail privata) _____

Recapito telefonico (fisso e/o cellulare) _____ - _____

Ambito di appartenenza Selezionare un ambito

In servizio presso _____

Attualmente in servizio ☐ dal _____

Attualmente in malattia ☐ dal _____

Indicare le assenze per malattia nell'ultimo triennio computate nel periodo di comporta

Riduzione di stipendio ☐ dal _____

Classificazione IGOP

Contratto Selezionare una voce categoria

qualifica



Tipo contratto part time ☐ full time ☐

Assunzione in virtù delle norme sulle categorie protette sì ☐ no ☐

Anzianità di servizio e contributiva _____

Gestione pensionistica del dipendente _____

Descrizione delle mansioni svolte _____

Copia estratto del verbale di visita contenente il giudizio
del Medico Competente nel caso di personale soggetto a
sorveglianza sanitaria ex D.Lgs 81/2008 sì ☐ no ☐

Rapporto informativo ai sensi dell'art.15 DPR 461/2001 e ss.mm.ii.
(con evidenziazione delle motivazioni della richiesta
dell'accertamento sanitario) sì ☐ no ☐

Infermità già giudicate ai fini della dipendenza da causa di servizio (allegare copia di eventuale
provvedimento di riconoscimento) sì ☐ no ☐

Tipologia di richiesta Selezionare una tipologia

Vittime del dovere ☐

Vittime del terrorismo ☐

Istanza Selezionare un tipo di istanza

In caso di aggravamento, rivedibilità o rettifica, inserire il numero pratica di prima istanza:

Documentazione allegata sì ☐ no ☐

Richiesta inoltrata da Selezionare un valore

Richiesta visita domiciliare sì ☐ no ☐

In caso di richiesta della visita domiciliare allegare certificazione medica che attesti un comprovato e
permanente impedimento psico – fisico a lasciare il domicilio.
(la visita domiciliare sarà disposta nei casi in cui ne ricorrano i presupposti previsti dalla vigente normativa)

Data _____

**CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE
DELLA PENSIONE DI INABILITA'**

Cognome e nome.....
nat.....il..... domiciliat..... a.....
via..... stato civile..... figli n.
documento di riconoscimento n..... rilasciato il.....
dal..... occupazione attuale.....
data della cessazione del 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. arteriosa:
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.**

Data,.....

Timbro del medico (con indirizzo)

firma del medico

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