



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento Risorse Umane
U.O.C. Stato Giuridico, Programmazione
Acquisizione risorse umane
U. O.S. Gestione Giuridica del personale dipendente
Via Pindemonte n. 88 - 90129 – PALERMO

Telefono 091 703 3919 - FAX 091 7033951
MAIL: gru.segreteria@asppalermo.org
PEC :risorseumane@pec.asppalermo.org

DATA 26 AGO 2021

PROT. N°SG5/ 27265

Ai Direttori dei Dipartimenti Sanitari e Amministrativi
(o in mancanza ai Direttori delle UOC afferenti)

Ai Direttori dei Distretti Sanitari

Ai Direttori e ai Responsabili FIO dei PP.OO.

Al Coordinamento Staff Strategico Aziendale

Al Responsabile dell'UOS Comunicazione e
Informazione

LORÒ SEDI

OGGETTO: Invio a visita per accertamenti medico-legale di idoneità al servizio, alla Commissione Medica di Verifica . Integrazione modulistica.

In fase di attivazione della procedura di invio a visita alla Commissione Medica di Verifica, dei dipendenti di questa Azienda, per accertamenti medico-legale di idoneità al servizio, si invitano le SS.LL. ad attenersi a quanto richiesto dalla suddetta C.M.V. con nota n. 4703/2021 del 11/08/2021 che si trasmette con la presente, corredata della relativa modulistica da utilizzare.

E' necessario inoltre, specificare, nella citata nota di invio a visita, l'indirizzo PEC a cui la C.M.V. dovrà inviare ogni futura corrispondenza, mettendo anche a conoscenza il Dipartimento Risorse Umane.

*Il Responsabile dell'U.O.S.
(Dr Tullio Conti)*

*Il Direttore del Dipartimento
(Dr Giuseppe Campisi)*

La Responsabile del procedimento Assistente Amministrativo Sig.ra A. Umbertone



Ministero
dell'Economia e delle Finanze
RAGIONERIA TERRITORIALE DELLO STATO
COMMISSIONE MEDICA DI VERIFICA
SEGRETERIA

Data del protocollo

ASP PALERMO – COORDINAMENTO AMM.VO
PALERMO 03
Via G. Cusmano, n.24
90141, Palermo (PA)
risorseumane@pec.asppalermo.org

Oggetto: Sig.

- Dipendente.

0415919

Si comunica, inoltre, che a seguito di recenti implementazioni al 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, 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/.

Il Capo Servizio
Dott.ssa Vincenza Balistreri
Firmato digitalmente



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 _____