



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](mailto: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/](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** \_\_\_\_\_