

Al Direttore Generale  
dell'Università degli Studi di Napoli  
Federico II

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, matr. \_\_\_\_\_ cat. e area \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_,

### CHIEDE

la pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, della Legge 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:

- certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività;
- cartelle cliniche e documentazione medico – ospedaliera (eventuali).

Napoli, li .....

Il/La richiedente

.....

#### RICONOSCIMENTO:

documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ valido fino a \_\_\_\_\_

l'impiegato/a addetto/a alla ricezione: \_\_\_\_\_

#### **Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.**

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze.

Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: [ateneo@pec.unina.it](mailto:ateneo@pec.unina.it); oppure alla Responsabile della Protezione dei Dati: [rpd@unina.it](mailto:rpd@unina.it); PEC: [rpd@pec.unina.it](mailto:rpd@pec.unina.it).

Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Personale Tecnico Amministrativo: [personale@unina.it](mailto:personale@unina.it); PEC: [personale@pec.unina.it](mailto:personale@pec.unina.it).

Agli interessati/alle interessate competono i diritti di cui all'art. 15 - 22 del Regolamento UE.

Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.

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

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ domiciliat\_ a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

Figli n° \_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Da \_\_\_\_\_ Occupazione attuale \_\_\_\_\_

eventuale data di cessazione lavorativa \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

Titolare di rendite/pensioni/indennizzi/invalidità etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anamnesi patologica recente e remota (partic. ricoveri ospedalieri)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stato generale \_\_\_\_\_ H.cm \_\_\_\_\_ peso Kg. \_\_\_\_\_

Cute, annessi, sistema linfoghiandolare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apparato cardiovascolare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

polso \_\_\_\_\_ respiro \_\_\_\_\_ pressione arteriosa \_\_\_\_\_ soffi \_\_\_\_\_ vasi \_\_\_\_\_

Apparato respiratorio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SaO2 \_\_\_\_\_ EGA \_\_\_\_\_ Spirometria \_\_\_\_\_

Apparato digerente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ernie \_\_\_\_\_ uso di cinti \_\_\_\_\_

Organi ipocondriaci \_\_\_\_\_

Apparato osteoarticolare \_\_\_\_\_

Compromissione funzionale \_\_\_\_\_

Presenza di protesi \_\_\_\_\_

Apparato endocrino – metabolico \_\_\_\_\_

Sistema nervoso e psiche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Occhio e vista \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Orecchio e udito \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apparato urogenitale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altri organi e apparati \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documentazioni sanitarie esibite dal dipendente (cartelle cliniche, referti specialistici, esami, etc...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali terapie pratiche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per la menomazione complessiva dell'integrità psico-fisica accertata e riportata in diagnosi, sussistono le condizioni per ritenere che il dipendente Sign \_\_\_\_\_

Si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa ai sensi della legge 335/95 art. 2 comma 12 per infermità non dipendenti da causa di servizio.

Data \_\_\_\_\_

Timbro del medico con indirizzo

\_\_\_\_\_

Firma del medico

\_\_\_\_\_

**NOTE**

*Avvertenza: il testo qui riportato è stato redatto ai sensi dell'art. 10 comma 3 del T.U. delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica Italiana approvato con D.P.R. 28/12/85 n.1092.*