

PENSIONE DI INABILITÀ PER INFERMITÀ NON DIPENDENTE DA CAUSA DI SERVIZIO

COMUNE DI TAURIANOVA

Al _____

(Amministrazione o ente)

Il sottoscritto _____

nato a _____

il _____

residente a _____

in _____,

in servizio presso

codesta amministrazione con qualifica di _____

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:

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

IL RICHIEDENTE