



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 \_\_\_\_\_



*Ministero  
dell'Economia e delle Finanze*

COMMISSIONE MEDICA DI VERIFICA  
FIRENZE

Firenze, 16/07/2021

Spett.le Amministrazione

Oggetto: modelli invio pratiche accertamento medico legale.

Con la presente si comunica che, a seguito del rilascio di aggiornamenti software, utilizzati per la gestione delle Commissioni Mediche di Verifica, è stato creato un nuovo modello di richiesta visita collegiale, da utilizzare per l'inoltro delle pratiche da parte delle Amministrazioni degli interessati all'accertamento medico legale.

Il modello allegato è a disposizione in formato pdf editabile e può essere scaricato al link:

[https://www.dag.mef.gov.it/dipartimento/comitato\\_commissioni/commissioni\\_mediche\\_verifica/](https://www.dag.mef.gov.it/dipartimento/comitato_commissioni/commissioni_mediche_verifica/)

**nella sezione Modulistica**

Si prega dare la massima diffusione alle amministrazioni di vostra competenza, nella considerazione che le informazioni richieste nel nuovo modello, presto diventeranno necessarie per l'accoglimento della domanda.

Si ringrazia per la collaborazione

Cordiali saluti.

Il Presidente  
Dott. Alessandro Mani

