

Al COMUNE DI BERTINORO

Alla PROVINCIA DI FORLI'-CESENA
Servizio Affari Generali e Istituz.li
e Risorse umane e Organizzazione
Ufficio Associato Trattamenti Prev.li

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____
a _____ residente a _____
_____ in via _____ n. _____ dipendente del
COMUNE DI BERTINORO con la qualifica di _____
dal _____:

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; **(a)**
- 2) cartelle cliniche e documentazione medico-ospedaliera; (eventuali)

Bertinoro, _____

Firma _____

(a)

REDATTO SECONDO LO SCHEMA DELL'ALLEGATO 2 AL DECRETO