

## **RICHIESTA DI VISITA MEDICO COLLEGIALE**

All'Ufficio Trattamento Giuridico - del  
Personale - ASUGI  
Pec: asugi@certsanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

dipendente dell'ASUGI a tempo indeterminato  dipendente dell'IRCCS Burlo Garofolo a tempo indeterminato

a tempo pieno  a tempo parziale

con il profilo professionale di \_\_\_\_\_

in servizio presso la struttura \_\_\_\_\_ (tel. lavoro \_\_\_\_\_)

SEDE \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

**di essere sottoposta/o a visita medica collegiale.**

#### **1. Motivo della richiesta:**

Dispensa dal servizio

Mutamento di profilo per inabilità  
assoluta e permanente alle mansioni   
della qualifica

#### **2. La patologia deriva da una pratica INAIL:**

NO

Si, definita e chiusa

Attualmente in corso

#### **3. Dichiaro inoltre di essere attualmente:**

Assente dal servizio per malattia

Presente in servizio

Assente dal servizio per infortunio

**4. Data dell'ultima visita dal medico competente** \_\_\_\_\_

Trieste, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_