



A ROMA CAPITALE  
DIPARTIMENTO ORGANIZZAZIONE E  
RISORSE UMANE  
Ufficio Accertamenti Sanitari  
Via del Tempio di Giove, 3  
00186 Roma

e p.c. All'Ufficio Personale del <sup>(2)</sup>

.....  
.....

OGGETTO: Istanza pensione di inabilità ai sensi della L. n. 335/95.

...I... sottoscritto/a.....  
nato/a..... il....., residente a.....  
in via.....  
recapiti telefonici.....  
dipendente di Roma Capitale in servizio presso .....  
.....  
con la qualifica di .....

CHIEDE

la pensione d'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 nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa. Allega:

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

Firma

.....

\* Tutta la documentazione sanitaria dovrà essere allegata alla presente domanda in busta chiusa a tutela della riservatezza

(1) Redatto secondo lo schema dell'allegato 2, al decreto  
(2) Struttura di appartenenza del dipendente (Municipio, Dipartimento, etc.)