

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

Sì, 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 _____