

alla **Commissione Medica**
di Verifica del **MEF**
via Città 2000
87100 C O S E N Z A
all' **AT P** di
Cosenza

tramite il **Dirigente Scolastico**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ **in via** _____

In servizio presso **codesta Scuola** in qualità di docente/ata a tempo indeterminato (doc. classe di concorso _____) ata qualifica _____

Codice fiscale: _____

tel _____

C H I E D E

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; **(1)**
- 2) eventuale cartelle cliniche e documentazione medico – ospedaliera.

.....li.....

Il Richiedente

.....

(1) – modello appositamente predisposto.