



**DIPARTIMENTO MILITARE
DI MEDICINA LEGALE BARI
COMMISSIONE MEDICA OSPEDALIERA
STRAORDINARIA**
Via G.D'Annunzio, 36- Aeroporto Militare

Città di Modugno	
Prot. N.	54277
07 NOV 2011	
Cat.	Cias.
Fasc.	Sottofasc.

M_D ABA010/0013605/27.10.2011/C.M.O.S./5003
P.d.C. 1° Maresciallo Proscia Candido int. 2004
Tel. L.U. 080.5839004
Fax 080.5839212

A Signora Di Ronzo Filippa
Via E. Fermi, 30 70026 Modugno

A Comune di
Ufficio del Personale
70026 Modugno
(Rif. Prot. 7355 del 10.02.2004)

OGGETTO: Invito a visita medica per definizione della P.M.L.

Signora Di Ronzo Filippa, nata a Modugno il 03.03.1963

~~~~~

La nominata in oggetto è invitata a presentarsi presso questa C.M.O.S., sita al 1° piano di questo Dipartimento, alle ore 09.00 del giorno 27.02.2012, "**munita di fotocopia di valido documento di riconoscimento in corso di validità**" per essere sottoposta a visita medica in relazione alle domanda di dip. presentata il 18.11.2003. "**Durante la visita la stessa potrà farsi assistere a proprie spese da un medico di fiducia (art. 6 DPR 461/2001)**". L'interessata dovrà portare al seguito gli eventuali estratti verbali inerenti le infermità riconosciute sì/no dipendenti da causa di servizio e trattate da altre Commissioni. Decreti Ministeriali riferentesi a precedenti dipendenze da c.di s. e liquidazione del relativo Equo Indennizzo. Qualora l'interessata sia impossibilitata a presentarsi nella data indicata, dovrà dare immediata comunicazione alla scrivente.

L'interessata, dovrà portare al seguito copia del presente ed i seguenti accertamenti sanitari da effettuarsi preferibilmente in struttura pubblica: a) EV. VERBALI DI RIC. DI D.C.S. E DECRETI DI LIQUIDAZIONE DI E.I. b) R.M.N. RACHIDE IN TOTO. c) VIS. ORTOPEDICA.

Ai sensi della L. 241/90 si comunica:

- 1) Il responsabile del procedimento è Ten.Col.me.Palèse dr. Pierluigi
- 2) l'ufficio presso cui è possibile prendere visione degli atti è la C.M.O.S.;
- 3) presso il suddetto ufficio potranno, inoltre, essere inviate le istanze previste al punto B art.10.

**"NON PRESENTANDOSI, SENZA GIUSTIFICA, LA PRATICA SARA' RESTITUITA".**

Il Presidente  
Ten.Col.me.Marchitelli dr. Pietro

11  
**DIPARTIMENTO REGIONALE  
DI MEDICINA LEGALE - BARI**  
Commissione Medica Ospedaliera Straordinaria  
Via G. D'Annunzio, 36  
70128 Bari Palese

**POSTA PRIORITARIA**



COPIA  
IN MONDO  
UFF. PERSONALE  
70026 MONDO





# COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

*RAM*

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |                  |
| Prot. n.          | 7355             |
| 10 FEB. 2004      |                  |
| Cat. _____        | Clas. _____      |
| Fasc. _____       | Sottofasc. _____ |

1° SETTORE SEGRETERIA - AFFARI GENERALI - PERSONALE  
SERVIZIO PERSONALE

Prot.

Modugno, 10 febbraio 2004

All'Ospedale Militare "L.Bonomo"  
Commissione Medica Ospedaliera  
2^ Sezione

70125 BARI

e p.c. Alla sig.ra DI RONZO Filippa  
via E.Fermi, n.30

70026 MODUGNO

Oggetto: Dipendenza infermità da causa di servizio - D.P.R. n.461/2001. Dipendente Di Ronzo Filippa, n.Modugno il 3.03.1963, ivi res. Modugno via E.Fermi, n.30.

Si trasmettono, in allegato, per quanto di competenza, i seguenti atti:

- 1) Domanda della dipendente.
- 2) Rapporto informativo.
- 3) Pratica medico-legale in duplice copia.
- 4) Copie certificati medici.
- 5) Stato di servizio.

IL DIRIGENTE I SETTORE  
dr.ssa Caterina ANGLANI





# COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

*TORU*

1° SETTORE SEGRETERIA - AFFARI GENERALI - PERSONALE  
SERVIZIO PERSONALE

Prot.

Modugno, 21 novembre 2003

~~COMUNE DI MODUGNO~~

Prot. n. 56809  
25 NOV. 2003

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_  
Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE VI SETTORE  
dr. Saverio VACCA

S E D E

Oggetto: Esecutore applicato dattilografo Di Ronzo Filippa.

Si trasmette in allegato copia dell'istanza della dipendente in oggetto, con invito a predisporre dettagliato rapporto informativo inerente l'attività svolta dalla stessa.



IL DIRIGENTE I° SETTORE  
dr.ssa Caterina ANGLANI

*[Handwritten signature]*



# COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 56186  
20 NOV. 2003

Patronato S.I.A.S.  
Servizio Italiano di Assistenza Sociale  
per i Servizi Sociali dei Lavoratori  
D.M. 9/12/1972 pubbl. G.U. n. 332 del 23/12/1972  
Costituito dal Movimento Cristiano Lavoratori - MCL

at. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

asc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_  
~~Mandato di Patrocenio~~

Il sottoscritto DI RONCO FILIPPO  
nato a MODUGNO il 03/03/1963  
residente in MODUGNO (Prov. PA)  
via PROL. VIA E. FERMI n. 30 Cap. 80026  
titolare della pensione \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ Dec. \_\_\_\_\_

|                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODICE FISCALE | D | R | N | F | P | P | G | 3 | C | G | 3 | F | 2 | G | 2 | S |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

con il presente atto delego il Patronato S.I.A.S. - sede PROVINCIALE/ZONALE di MODUGNO  
via IMBRIANI n. 4 tel. 080/532 9609 presso il quale eleggo domicilio, ai sensi  
dell'art. 47 c.c. - a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30  
marzo 2001 n. 152 e successive integrazioni e modificazioni, nei confronti del COMUNE DI  
MODUGNO

per lo svolgimento della pratica relativa a CAUSA DI SERVIZIO

Inoltre avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge n. 675/96, l'informativa sul  
"trattamento" dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima,

☒ consente il loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi  
statutari del Patronato;

☒ consente che gli stessi siano comunicati a COMUNE DI MODUGNO;

☒ consente a COMUNE DI MODUGNO  
il "trattamento" dei dati medesimi per gli adempimenti degli obblighi previsti della normativa;

☒ consente la comunicazione dei dati ad altri Enti competenti alla trattazione della pratica;

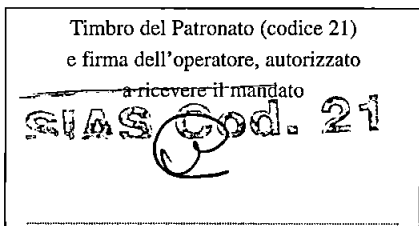
☒ consente il trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale;

6) non consente quanto indicato ai punti 7-8

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Data 19 NOV. 2003

Firma Di Ronco Filippo  
(Per gli analfabeti e gli impossibilitati firma di due testimoni)



1° Teste - Firma \_\_\_\_\_

documento n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

2° Teste - Firma \_\_\_\_\_

documento n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

**SCRIVERE IN STAMPATELLO**

**OGGETTO:** Qualifica cognome nome: istanza del \_\_\_\_\_ - richiesta di riconoscimento di infermità come dipendente da causa di servizio e di concessione dell'equo indennizzo. Integrazione.

DIRETTORE della  
RIPARTIZIONE PERSONALE  
del COMUNE di **MODUGNO**

Il sottoscritto/a DI PONTE FILIPPANO nato/a a MODUGNO il 03/03/63, residente a MODUGNO in via PROL. V.A. E. FERMI 30 in servizio presso la Ripartizione SOCIO-CULTURALE (o collocato a riposo in data \_\_\_\_\_), ad integrazione dell'istanza di riconoscimento di infermità come dipendente da causa di servizio e concessione di equo indennizzo presentata in data \_\_\_\_\_, specifica quanto segue:

1) che l'infermità o lesione di cui chiede la dipendenza da causa di servizio è:

lesione di intervento di microdiscectomia L5/S1  
in sede discale spino-lombare con: cure  
di fisioterapia e laser

2) che i fatti di servizio che ritiene abbiano concorso o determinato l'infermità sono:

Postura prolungata e volontaria

\_\_\_\_\_, determinando come conseguenza sull'integrità fisica: spino-lombare  
con lesione discali e conseguenti infortuni  
di natura di intervento di microdiscectomia

3) allega, in originale (o in triplice copia autenticata):  
(elencare documentazione che si allega)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) dichiara, inoltre, di essere consapevole che l'equo indennizzo è ridotto della metà in caso di conseguimento della pensione privilegiata e che eventuali recuperi possono essere effettuati mediante trattenute mensili sulla pensione nei limiti di un decimo della stessa (art. 50 D.P.R. 686/57, art. 144 D.P.R. 1092/73);

5) dichiara, altresì, di essere consapevole che dall'ammontare dell'equo indennizzo va dedotto quanto eventualmente percepito in virtù di assicurazioni a carico dell'Amministrazione (art. 50 D.P.R. 686/57) e si impegna, quindi, a comunicare l'eventuale riscossione di rendite vitalizie o indennizzi dall'I.N.A.I.L. o da altra Assicurazione.

data **18 NOV. 2003**

firma

Di Rocco G. L. J.



# COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

Codice Fiscale 80017070725

PROGRESSIVO CEDOLINI

52

PERIODO DI RETRIBUZIONE

SETTEMBRE 2003

CODICE FISCALE **DRHFPP63C43F262S**  
DATA ASSUNZIONE **21/11/1979**  
DATA CESSAZIONE **3/03/1963**  
DATA NASCITA **3/03/1963**  
DATA RUOLO **13/365**  
REDDITO NUCLEO FAM. **13/365**

COGNOME E NOME **DI RONZO FILIPPA**  
PROFILO PROFESSIONALE **ESECUTORE APPLICATO DATTILOGRAFO**  
FUNZIONE **Settore Sociale**  
SERVIZIO **Struttura Residenziali**  
CENTRO DI COSTO

MATRICOLA **229**  
CATEGORIA P.E. **B 2**  
ALiquOTA T.P. **83,3**  
ALiquOTA T/S **20,09**  
NUMERO FIGLI M. **1**  
NUCLEO FAMILIAIRE **2**

| CODICE VOCE                          | DESCRIZIONE VOCE                | AA/MM RIF. | ORE/GG.  | COMPENSO UNITARIO | TRATTENUTE     | COMPETENZE |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------|----------|-------------------|----------------|------------|
| C0001                                | STIPENDIO BASE                  | 2003/9     | 26,00    | 24,51340          |                | 531,1      |
| C0002                                | INDENNITA' INTEGRATIVA SPECIALE | 2003/9     | 26,00    | 20,13960          |                | 436,3      |
| C0003                                | PROGRESSIONE ORIZZONTALE        | 2003/9     | 26,00    | 0,88730           |                | 19,1       |
| C0007                                | ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE        | 2003/9     | 26,00    | 3,83380           |                | 99,6       |
| C0008                                | RETRIBUZIONE INDIV. ANZIANITA'  | 2003/9     | 26,00    | 0,55110           |                | 11,9       |
| C0011                                | INDENN. ART. 4 C. 3. CCHL 96/97 | 2003/9     | 26,00    | 0,20690           |                | 5,1        |
| T0511                                | CESSIONE INPDAP                 | 2003/9     |          |                   | 139,44         |            |
| T2883                                | ADDIZIONALE REGIONALE           | 2003/9     |          |                   | 16,53          |            |
| RITENUTE PREVIDENZ. / ASSISTENZ.     |                                 |            | Aliquota | Imponibile        | Trattenute     | Competenze |
| TR. CPDEL 1 SC.                      |                                 |            | 8,55     | 1.003,98          | 85,84          |            |
| TR. MENS. CRE/DEB                    |                                 |            | 0,35     | 1.003,98          | 3,51           |            |
| TR. MENS. INADEL                     |                                 |            | 2,00     | 1.003,98          | 20,08          |            |
| AREA DEDUZIONE ART. 10 bis DEDUZIONI |                                 |            | Aliquota | Imponibile        | Importo Deduz. |            |
| IRPEF                                |                                 |            | 0,8411   | 376,08            | 518,47         |            |
| IRPEF 1x SCAGL.                      |                                 |            | Aliquota | Imponibile        | Trattenute     | Competenze |
|                                      |                                 |            | 23,00    | 376,08            | 86,49          |            |

IMPONIBILE IRPEF LORDO **1.003,98**  
IMPOSTA LORDA **86,49**  
DETR. PROD. REDD.  
DETR. FIGLI MINORI 3 ANNI  
S. IMPONIBILE IRPEF **9.403,36**  
IRPEF LORDA DOVUTA **1.160,42**  
DETRAZIONI SPETTANTI **387,27**  
IRPEF NETTA DOVUTA **773,15**  
S. RIT. SOCIALI **1.122,49**  
IRPEF T/S  
S. STRAORD. PAGATO  
S. DO FERIE

TOT. RITENUTE SOCIALI **109,43**  
TOT. DETRAZIONI **43,03**  
DETR. CON/F.P.C.  
DETR. RED. INF. ANNO  
PROGRESSIVI  
ADD. PROV.LE  
ADD. REGIONALE  
ADD. COMUNALE  
CONG. IRPEF +  
CONG. IRPEF -  
SOMM. VARIE  
BANCA ORE SU BASE STRAORD.  
DOMICILIAZIONE

IMPON. IRPEF NETTA **394,51**  
IRPEF NETTA **43,91**  
DETR. FIGLI  
DETR. ALTRI FAM.  
TOT. COMPETENZE **1.103,16**  
TOT. TRATTENUTE **308,8**  
ARROT. M.P.  
ARROT. M.C.  
NETTO BUSTA **794,3**  
FIRMA DIPENDENTE  
**21697**

BANCA MEDITERRANEA - MODUGNO

|                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Cognome: <b>RONZO</b><br>2. Nome: <b>ELIPPA</b><br>3. Data e luogo di nascita: <b>03/03/1963</b><br><b>MODUGNO (BA)</b><br>4. Residente a: <b>MODUGNO</b><br><b>28 BITONTO</b> |  | <b>CAMBIAMENTI DI RESIDENZA</b><br>PATENTE N. BA2247675W (5WWVCZ)<br>PROLUNG VIA E FERMI 30<br>70026 MODUGNO BA                                                                                                                         |  | <b>(4) VEICOLI PER I QUALI LA PATENTE È VALIDA</b>                                  |  |
| 5. Rilasciata dal: <b>Prefetto di PAR. 1</b><br>6. il: <b>16 NOV 1991</b><br>7. Valevole fino al: <b>16 NOV 1991</b><br>Patente N. <b>BA2247675W</b><br>ENN 1 IL PREFETTO         |  | PATENTE N. BA2247675W (R72SWG)<br>VALIDA FINO AL 04/03/2012<br>NESSUNA PRESCRIZIONE<br><br><b>05BA394603</b><br><b>RILASCIO PER ESAME</b><br><br><b>*08/09-18/09/81*</b>                                                                |  | A Motoveicoli di peso a vuoto fino a 4 quintali.                                    |  |
| FIRMA DEL TITOLARE<br><br>Il Funzionario della Motorizzazione Civile<br>Uff. Prov. di            |  | B <b>BA2247675W 30/09/81</b><br>Motoveicoli di peso a vuoto sup. a 4 q.li; autovetture, autoveicoli per trasp. promiscuo, autocarri e autoveicoli uso speciale o trasporti specifici di peso a pieno carico fino a 35 q.li (1) (2) (3). |  |  |  |
| C <b>*****</b><br>Autocarri, autoveicoli per uso speciale o trasporti specifici di peso complessivo a pieno carico oltre 35 q.li; trattori stradali (1).                          |  | D <b>*****</b><br>Autobus (1).                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| E <b>*****</b><br>Autoveicoli di cat. B, C, D, per cui il cond. è abilitato, con rimor. ecced. i relativi limiti di cat.; autosnodati (solo per cat. C e D).                      |  | F <b>*****</b><br>Veicoli di cui al D. M. 8-1-1975 a succ. mod. indicati a pag. 3.                                                                                                                                                      |  |  |  |



Dott.ssa Annalisa Cavallo

Medico Chirurgo

Specialista in Biochimica e Chimica Clinica

Via Durazzo, 8 - Tel. 080.5580587

70121 Bari

16/11/03

Si certifica che la sig.ra De Russo  
Filippa, nata a Rodunovo (Se), il  
03/03/'53 a residenza a Rodunovo  
prod. via E. Fermi, 30 è affetta  
da lesi di intervento di  
microdiscazione L5-S1 per  
grave discos

stenobacchiosi diffusa con  
discofite cervicali e lombari con  
limitazione passiva.

Cervicobrachialgia gest. e lombalgia

Ferraro

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 15-10-2003

n° archivio 698

*Dati identificativi*

**DI RONZO FILIPPA**

*Data di nascita*

03-03-1963

*Provenienza*

ausl ba/4

**RM RACHIDE CERVICALE**

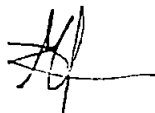
Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Appiannamento della fisiologica lordosi cervicale associato ad alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

A livello C5-C6 e C6-C7 si apprezza protrusione discale globale con osteofitosi marginale somatica consensuale e fenomeni degenerativi del nucleo polposi.

Il midollo spinale risulta lievemente improntato a livello C5-C6, tuttavia privo di alterazioni focali del segnale.

Concomitano, a livello C5-C6, segni di osteocondrosi intervertebrale allo stadio I secondo Modic.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

La presente copia è stata  
agli organi della  
Amministrazione.

COMUNE DI MODUGNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 15 DPR 28 Dicembre 2000, N. 445)

La presente copia, composta di n. 1 fogli, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. Flavio nato/a in Modugno  
il 29/09/2003 identificato mediante Carta d'identità

Data 19/11/2003

IL PUBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 15-10-2003

n° archivio 698

Dati identificativi

**DI RONZO FILIPPA**

Data di nascita

03-03-1963

Provenienza

ausl ba/4

**RM RACHIDE CERVICALE**

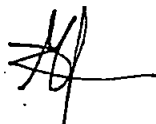
Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Appianamento della fisiologica lordosi cervicale associato ad alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

A livello C5-C6 e C6-C7 si apprezza protrusione discale globale con osteofitosi marginale somatica consensuale e fenomeni degenerativi del nucleo polposi.

Il midollo spinale risulta lievemente improntato a livello C5-C6, tuttavia privo di alterazioni focali del segnale.

Concomitano, a livello C5-C6, segni di osteocondrosi intervertebrale allo stadio I secondo Modic.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

ex-ante-verificata,  
agli atti della Pubblica  
Amministrazione.

COMUNE DI MODURNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 DPR 28 Dicembre 2000, N.445)

La presente copia, composta di n. 1 fogli, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. di ROMANO FELICE nato/a in Milano  
il 21/5/1963 identificato mediante certificaz. familiare

Data 19/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 15-10-2003

n° archivio

698

Dati identificativi

Data di nascita

Provenienza

**DI RONZO FILIPPA**

03-03-1963

ausl ba/4

**RM RACHIDE CERVICALE**

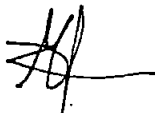
Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Appianamento della fisiologica lordosi cervicale associato ad alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

A livello C5-C6 e C6-C7 si apprezza protrusione discale globale con osteofitosi marginale somatica consensuale e fenomeni degenerativi del nucleo polposi.

Il midollo spinale risulta lievemente improntato a livello C5-C6, tuttavia privo di alterazioni focali del segnale.

Concomitano, a livello C5-C6, segni di osteocondrosi intervertebrale allo stadio I secondo Modic.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

Per la consegna della copia  
agli organi della Pubblica  
Amministrazione.

COMUNE DI MODUGNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 DPR 28 Dicembre 2000, N. 445)

La presente copia, composta di n. 5 fogli, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. Di Rosa Felice nato/a in Modugno  
il 3/5/1963 identificato mediante Codice Fiscale  
Data 19/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 26-05-2003

n° archivio 551

Dati identificativi

Data di nascita

Provenienza

DI RONZO FILIPPA

03-03-1963

ausl ba/4 2051578

**RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBARE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Nella norma la morfologia ed il segnale del midollo spinale.

Alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

Appianata la fisiologica lordosi cervicale.

A livello C5-C6 e C6-C7 si rileva protrusione discale globale, con osteofitosi marginale somatica consensuale, a maggiore estrinsecazione posteriore paramediana sinistra.

A livello L4-L5 protrusione discale diffusa posteriore.

A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.



Presentare  
agli organi della Pubblica  
Amministrazione.

COMUNE DI MONTUGNO

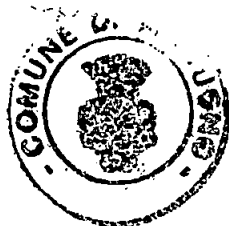
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI

(Art. 15 DPR 23 Dicembre 2000, N.445)

La presente copia, composta di n. 12 fogli, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. Roberto Filippini nato/a in Montugno  
il 13/03/2003 identificato mediante Cassa di Montugno

Data 19/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 26-05-2003

n° archivio 551

*Dati identificativi*

*Data di nascita*

*Provenienza*

**DI RONZO FILIPPA**

03-03-1963

ausl ba/4 2051578

**RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBARE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Nella norma la morfologia ed il segnale del midollo spinale.

Alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

Appianata la fisiologica lordosi cervicale.

A livello C5-C6 e C6-C7 si rileva protrusione discale globale, con osteofitosi marginale somatica consensuale, a maggiore estrinsecazione posteriore paramediana sinistra.

A livello L4-L5 protrusione discale diffusa posteriore.

A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

Per assistenza agli organi della Pubblica Amministrazione.

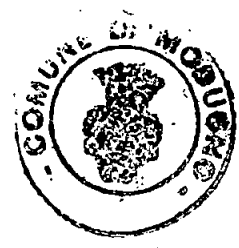
COMUNE DI MODUGLIO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 DPR 23 Dicembre 2000, N. 445)

La presente copia, composta di n. 1 fogli, 9 conforme all'originale esibito  
dal Sig. A. Riva nato/a in Modugno  
il 3/09/1963 identificato mediante Carta d'identità

Data 15/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)

*[Signature]*



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 26-05-2003

n° archivio 551

Dati identificativi

Data di nascita

Provenienza

DI RONZO FILIPPA

03-03-1963

ausl.ba/4 2051578

RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBARE

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Nella norma la morfologia ed il segnale del midollo spinale.

Alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

Appianata la fisiologica lordosi cervicale.

A livello C5-C6 e C6-C7 si rileva protrusione discale globale, con osteofitosi marginale somatica consensuale, a maggiore estrinsecazione posteriore paramediana sinistra.

A livello L4-L5 protrusione discale diffusa posteriore.

A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

Ha esposto per l'istruttoria  
agli organi della Pubblica  
Amministrazione.

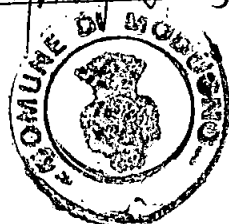
COMUNE DI MOLISE

AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI

(Art. 18 DPR 28 Dicembre 2000, N.445)

La presente copia, composta di n. 1 fogli, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. Rossini nato/a in Castellana Grotte  
il 3/09/96 identificato mediante Carta d'identità

Data 15/11/2003



IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
- (Antonietta Ventrella)

*[Handwritten signature]*



# COMUNE DI MODUGNO

(PROVINCIA DI BARI)

RIPARTIZIONE SOCIO CULTURALE  
SEZIONE SERVIZI SOCIALI

Modugno, li 27 gennaio '04

Prot. n. 136

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 4493

28 GEN. 2004

Dat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE I SETTORE  
D.ssa Anglani Caterina

S E D E

**Oggetto: Esecutore applicato dattilografo Di Ronzo Filippa.**

In riferimento alla Vs. richiesta del 31 novembre 2003 prot. 56809 di pari oggetto, 'si comunica che la dipendente Di Ronzo Filippa ha sempre svolto lavoro di scrittura e immissione dati al computer, restando per diverse ore in posizione seduta.



IL DIRIGENTE VI SETTORE

Dr. Saverio VACCA



# COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

*Merino Saverio*  
*Prot 3001*  
*del 3/12/01*

1° SETTORE SEGRETERIA - AFFARI GENERALI - PERSONALE  
SERVIZIO PERSONALE

**COMUNE DI MODUGNO**

Prot. Prot. n. 56809

25 NOV. 2003

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_  
Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

Modugno, 21 novembre 2003

AL DIRIGENTE VI SETTORE  
dr. Saverio VACCA

S E D E

Oggetto: Esecutore applicato dattilografo Di Ronzo Filippa.

Si trasmette in allegato copia dell'istanza della dipendente in oggetto, con invito a predisporre dettagliato rapporto informativo inerente l'attività svolta dalla stessa.



IL DIRIGENTE I° SETTORE  
ssa Caterina ANGLANI

SCRIVERE IN STAMPATELLO

OGGETTO: Qualifica cognome nome: istanza del \_\_\_\_\_ - richiesta di riconoscimento di infermità come dipendente da causa di servizio e di concessione dell'equo indennizzo. Integrazione.

DIRETTORE della  
RIPARTIZIONE PERSONALE  
del COMUNE di MODUGNO

Il sottoscritto/a Dr. ROSSO FILIPPANO a MODUGNO il 03/03/63, residente a MODUGNO in via PROL. V.A. E. FERMI, 30 in servizio presso la Ripartizione SOCIO-CULTURALE collocato a riposo in data \_\_\_\_\_, ad integrazione dell'istanza di riconoscimento di infermità come dipendente da causa di servizio e concessione di equo indennizzo presentata in data \_\_\_\_\_, specifica quanto segue:

- 1) che l'infermità o lesione di cui chiede la dipendenza da causa di servizio è: lesione d'intervento di microdiscectomia L5/S1 al livello discale Spinali L4/L5 con: lesione del corno anteriore e laterale
- 2) che i fatti di servizio che ritiene abbiano concorso o determinato l'infermità sono: Postura prolungata e volontaria

\_\_\_\_\_, determinando come conseguenza sull'integrità fisica: Spinali L4/L5 con lesione del corno anteriore e laterale al livello discale Spinali L4/L5

- 3) allega, in originale (o in triplice copia autenticata):  
(elencare documentazione che si allega)

4) dichiara, inoltre, di essere consapevole che l'equo indennizzo è ridotto della metà in caso di conseguimento della pensione privilegiata e che eventuali recuperi possono essere effettuati mediante trattenute mensili sulla pensione nei limiti di un decimo della stessa (art. 50 D.P.R. 686/57, art. 144 D.P.R. 1092/73);

5) dichiara, altresì, di essere consapevole che dall'ammontare dell'equo indennizzo va dedotto quanto eventualmente percepito in virtù di assicurazioni a carico dell'Amministrazione (art. 50 D.P.R. 686/57) e si impegna, quindi, a comunicare l'eventuale riscossione di rendite vitalizie o indennizzi dall'I.N.A.I.L. o da altra Assicurazione.

data **18 NOV. 2003**

firma

Dr. Rosso F. L. P.





# COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

I° SETTORE SEGRETERIA - AFFARI GENERALI - PERSONALE  
SERVIZIO PERSONALE

LA DIRIGENTE

Esaminati gli atti d'ufficio:

## CERTIFICA

- che la Sig.ra DI RONZO FILIPPA, nata a Modugno il 03.03.1963, ivi residente in Via E.Fermi N.30, è alle dipendenze di questo Ente dal 20.11.1979;
- che la stessa è inquadrata nei ruoli organici di questo Ente con il profilo professionale di "Esecutore Applicato Dattilografo" Cat.B1 posiz.econom. B2.

MODUGNO, 21.11.2003

LA DIRIGENTE I SETTORE  
dott.ssa Caterina Anglani





# CITTÀ DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

REG. GEN. N. 260/2012

### RIFERIMENTI

### PROPONENTE

SET01/DD/2012/123

### DATA DI ADOZIONE

19/04/2012

### LUOGO DI ADOZIONE

Sede dell'Ufficio Proponente

### DATA DI ESECUTIVITÀ

19/04/2012

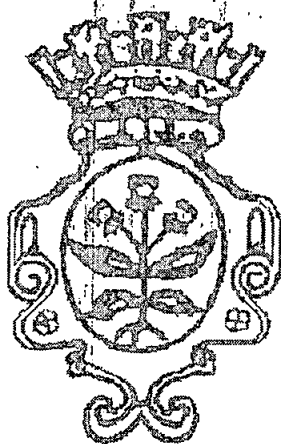
### DATA DI PUBBLICAZIONE

DAL 30-04-2012

AL 14-05-2012

### OGGETTO

Dipendente sig.ra D.R.F. (matricola 229). Improcedibilità di istanza riconoscimento di malattia per causa di servizio.



## COMUNE DI MODUGNO

Il sottoscritto Messo Notificatore Comunale dichiara di aver

ricevuto copia del presente atto in data 03.5.2012 a S. Di Rocco

7477A mediante consegna di una copia nelle mani

di Di Rocco

Modugno, il 03.5.2012

per RICEVUTA Di Rocco



MESSO NOTIFICATORE  
Dimentico ACCETTURA



Il Responsabile del Servizio

PREMESSO:

- con istanza del 20/11/2003, acquisita al protocollo generale dell'ente al N.56186, la sig.ra D.R.F. (matricola 229), dipendente a tempo pieno e indeterminato di questa Amministrazione comunale, con il profilo di "Istruttore" cat.C, i cui dati identificativi sono agli atti del fascicolo istruttorio della presente determinazione, ha chiesto il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per N.1 infermità, come da documentazione agli atti;
- che l'Ufficio Personale di questa Amministrazione ha inviato la pratica alla Commissione Medica Ospedaliera di Bari in data 10/02/2004;
- che la sig.ra D.R.F. invitata a visita dalla C.M.O. Straordinaria di Bari il 27/02/2012, non si è presentata e non ha giustificato l'assenza;
- che la C.M.O. Straordinaria di Bari ha restituito, inevasa, la pratica ai sensi dell'art.6 comma 11 del D.P.R. 29/10/2001 N.461 per ingiustificata assenza all'invito indicato;
- vista l'istanza datata 18/11/2003, acquisita agli atti al N.56186 con la quale la dipendente sig.ra D.R.F., ha chiesto il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per N.1 infermità;
- vista la nota di restituzione della pratica da parte della C.M.O. Straordinaria di Bari pervenuta in data 10/04/2012 e protocollata al N.17136;
- vista la nota apposta sul verbale modello BL/B N.4233 del 27/02/2012 della Commissione Medica Ospedaliera Straordinaria di Bari dalla quale risulta che "a mente dell'art.6 comma 11 del D.P.R. n.461 del 29 ottobre 2001 si restituiscono all'Amministrazione in epigrafe gli atti relativi alla pratica medico-legale in oggetto per ingiustificata assenza del dipendente all'invito del 27/02/2012";
- ritenuto necessario concludere il procedimento con un provvedimento finale, data l'impossibilità di ulteriore corso del procedimento ai sensi dell'art.6 comma 11;
- Tutto ciò premesso, si sottopone il presente atto per la sua approvazione.

Il Responsabile  
del Servizio Personale  
dr.ssa Beatrice Maggio

Il Dirigente



- Letta e fatta propria la relazione del Responsabile del Servizio;

Visti:

- l'art. 4 comma 2 D.Lgs 30.03.2001 N. 165;
- l'art. 107 D.Lgs 18.08.2000 N. 267;

D E T E R M I N A

1) di DICHIARARE IMPROCEDIBILE, ai sensi dell'art.7, comma 3 del D.P.R. 29 ottobre 2001 n.461, l'istanza della sig.ra D.R.F. (matricola 229), datata 18/11/2003 acquisita agli atti al n.56186, poiché la stessa non si è presentata, né ha motivato la sua assenza alla visita di accertamento cui è stata convocata dalla C.M.O. Straordinaria di Bari;

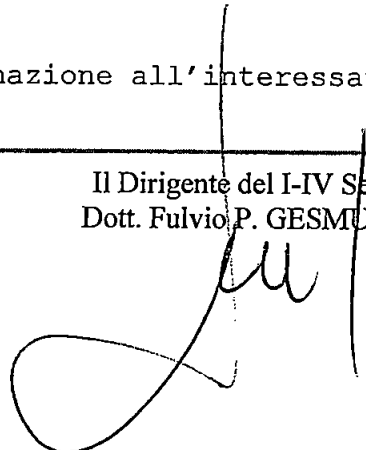
2) di ARCHIVIARE la pratica;

3) di notificare la presente determinazione all'interessata.

---

Modugno, 19 aprile 2012

Il Dirigente del I-IV Settore  
Dott. Fulvio P. GESMUNDO





# CITTÀ DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

## ATTESTAZIONE DI AFFISSIONE ALL'ALBO

IL SOTTOSCRITTO VISTI GLI ATTI D'UFFICIO

### ATTESTA

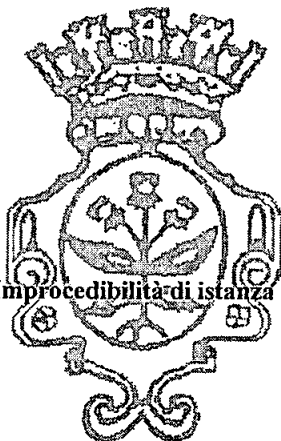
CHE IL SEGUENTE ATTO:  
**Determina Dirigenziale n. 260**

DATA DI REGISTRAZIONE:  
**30/04/2012**

RIFERIMENTO INTERNO:  
**SET01/DD/2012/123**

**OGGETTO:**

**Dipendente sig.ra D.R.F. (matricola 229). Improcedibilità di istanza riconoscimento di malattia per causa di servizio.**



COME PRESCRITTO DALL'ART. 31 COMMA 2 DELLO STATUTO COMUNALE E' AFFISSO ALL'ALBO  
PRETORIO COMUNALE PER 15 GIORNI DAL 30/04/2012 AL 14/05/2012

*per* IL FUNZIONARIO RESPONSABILE  
ALBO-NOTIFICHE  
Dott.ssa Beatrice MAGGIO

MODUGNO LI', 30/04/2012



**DIPARTIMENTO MILITARE  
DI MEDICINA LEGALE BARI**  
**COMMISSIONE MEDICA OSPEDALIERA  
STRAORDINARIA**  
*Via G.D'Annunzio,36- Aeroporto Militare*

Prot. M\_D ABA 010/0006477/02.04.2012/C.M.O.S./5003  
P.d.C. Luogotenente Proscia Candido int. 2004  
Tel. L.U. 080.5839004  
Fax 080.5839212

A Comune di  
Ufficio Personale  
70026 Modugno  
(Rif. Vs. Prot. 7355 del 10.02.2004)  
(Seg. ns. Prot. M\_D ABA010/0013605/27.10.2011/C.M.O.S./5003)

e, p.c.

A Dip. Signora Di Ronzo Filippa  
Via E. Fermi, 30  
70026 Modugno

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| <b>CITTÀ DI MODUGNO</b> |                |
| Prot. N. <i>17136</i>   |                |
| 10 APR 2012             |                |
| Cat.....                | Clas.....      |
| Fasc.....               | Sottofasc..... |

Oggetto: Dip. Signora Di Ronzo Filippa, nata a Modugno il 03.03.1963.  
"Restituzione pratica"

^^^

Si restituisce, inevasa, la pratica medico-legale della nominata in oggetto ai sensi dell' art.6 comma 11 del D.P.R. 29 ottobre 2001 nr. 461 per ingiustificata assenza della dipendente all'invito del 27 febbraio 2012, senza emissione di alcun parere medico-legale.

Si allega PV "BL/B" nr. 4233 del 27.02.2012.

**Il Presidente**  
Ten.Col.me. Marchitelli dr. Pietro



VERBALE MODELLO BL/B - N° 4233 DATATO 27.02.2012

A RICHIESTA di (a) **COMUNE DI MODUGNO**

CON LETTERA PROT. n. 7355 DATATA 10.02.2004

la sottoscritta Commissione si è riunita per eseguire gli accertamenti sanitari finalizzati a<sup>3</sup> :

**Dipendenza da Causa di Servizio e Contestuale E.I.**

|                            |           |         |          |         |
|----------------------------|-----------|---------|----------|---------|
| riguardanti <sup>(b)</sup> | DIP. CIV. | Cat. B1 | DI RONZO | FILIPPA |
|----------------------------|-----------|---------|----------|---------|

nato il 03.03.1963 a MODUGNO prov. ( BA ), documento di

riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ appartenente al (e) COMUNE DI MODUGNO

**P.ZZA DEL POPOLO SNC - 70026 MODUGNO (BA)**

**RIEPILOGO DELLE INFERMITA'/LESIONI GIA' GIUDICATE AI FINI DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO <sup>4</sup>:**

Dalla documentazione agli atti non risultano infermità/lesioni già giudicate ai fini della dipendenza da causa di servizio.

N.B.: a mente dell'art. 6 - comma 11 - del DPR 461 del 29 ottobre 2001 si restituiscono all'Amministrazione in epigrafe gli atti relativi alla pratica medico-legale in oggetto per ingiustificata assenza del dipendente all'invito del 27.02.2012, SENZA EMISSIONE DI ALCUN PARERE MEDICO-LEGALE.

AVVERTENZA: L'esplicitazione delle note con indicazione numerica è contenuta nelle Avvertenze allegate al decreto di cui all'art. 6 comma 13 del D.P.R. n. 461/2001

(<sup>a</sup>) Corpo, ufficio o Ente richiedente.

(<sup>b</sup>) Cognome e nome, grado o qualifica.

(<sup>c</sup>) Indicare l'Ente di appartenenza del dipendente in servizio.

ACCERTAMENTO SANITARIO iniziato in data <sup>6</sup>

28/02/2012

(<sup>d</sup>) \_\_\_\_\_ è presente il medico di fiducia: Dott. \_\_\_\_\_ iscrizione

Ordine dei Medici N. \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ che (<sup>d</sup>) \_\_\_\_\_ ha formulato osservazioni <sup>7</sup>

**DATI ANAMNESTICI <sup>8</sup> :**

Dagli atti esaminati risulta che ha prestato servizio dal 29.11.1979 presso il Comune di Modugno con qualifica di "Esecutore Applicato Dattilografo" - cat. B1.

- Con istanza del 18.11.2003, assunta a protocollo in data 20.11.2003, chiedeva il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio ed il beneficio dell'equo indennizzo per l'infermità: A - ESITI DI INTERVENTO DI MICRODISCECTOMIA L5-S1 SINISTRA PER ERNIA DISCALE IN SPONDILOARTROSI CON ERNIE DISCALE CERVICALI E LOMBARI.

**ESAME OBIETTIVO E ACCERTAMENTI CLINICI STRUMENTALI (interni) <sup>9</sup>**

\*\*\*\*\*

**ACCERTAMENTI CLINICI E STRUMENTALI (esterni) <sup>10</sup>**

- RMN rachide in toto del 26.5.2003 e RMN rachide cervicale del 15.10.2003, Ospedale Oncologico/IRCCS - Bari: "Alterazioni di tipo spondiloartrosico. Protrusione discale globale con osteofitosi somatica a livello C5-C6 e C6-C7. Protrusione discale a livello L4-L5. A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra".



**GIUDIZIO DIAGNOSTICO** <sup>11</sup>

A - ALLEGATI ESITI DI INTERVENTO DI MICRODISCECTOMIA L5-S1 SINISTRA PER ERNIA DISCALE IN SPONDILOARTROSI E MULTIPLE DISCOPATIE INTERVERTEBRALI CERVICO-LOMBARI.

**QUADRO A :** GIUDIZI E/O CONSIDERAZIONI SULL'ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO MEDICO/LEGALE DI INFERMITA'/LESIONI AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO <sup>12</sup>

A)  data di conoscibilità della patologia.  (\*) corrisponde alla infermità /lesione oggetto di accertamento:

<sup>13</sup> riportata in dati anamnestici

(\*)  sussiste correlazione eziopatogenetica, per interdipendenza, con l'infermità/lesione di cui al n.  del riepilogo.

B)  data di conoscibilità della patologia.  (\*) corrisponde alla infermità /lesione oggetto di accertamento:

(\*)  sussiste correlazione eziopatogenetica, per interdipendenza, con l'infermità/lesione di cui al n.  del riepilogo.

C)  data di conoscibilità della patologia.  (\*) corrisponde alla infermità /lesione oggetto di accertamento:

(\*)  sussiste correlazione eziopatogenetica, per interdipendenza, con l'infermità/lesione di cui al n.  del riepilogo.

D)  data di conoscibilità della patologia.  (\*) corrisponde alla infermità /lesione oggetto di accertamento:

(\*)  sussiste correlazione eziopatogenetica, per interdipendenza, con l'infermità/lesione di cui al n.  del riepilogo.

E)  data di conoscibilità della patologia.  (\*) corrisponde alla infermità /lesione oggetto di accertamento:

(\*)  sussiste correlazione eziopatogenetica, per interdipendenza, con l'infermità/lesione di cui al n.  del riepilogo.

**QUADRO B :** GIUDIZIO MEDICO LEGALE IN ORDINE ALLA IDONEITA'.

Il (\*) DIP. CIV. Cat. B1 DI RONZO FILIPPA

per le infermità di cui AL GIUDIZIO DIAGNOSTICO:

1) E' (i) \*\*\* IDONEO <sup>14</sup>

\*\*\*\*\*

2) <sup>15</sup>

**OSSERVAZIONI O NOTE** <sup>14</sup>

(\*) Grado o qualifica, cognome e nome

(i) SI o NON

**SEZIONE EI : GIUDIZIO AI FINI DI EQUO INDENNIZZO**  
**MENOMAZIONI DELL'INTEGRITA' FISICA, PSICHICA O SENSORIALE ED ASCRIVIBILITA':**

Ascrivibilità della menomazione complessiva dell'integrità fisica, psichica o sensoriale:

Ascrivibilità della menomazione complessiva conseguente a tutte le infermità (escluse quelle giudicate NON dipendenti da causa di servizio e/o con domanda NON tempestiva), o diretti ai numeri :

**SEZIONE PP : GIUDIZIO AI FINI DI PENSIONE PRIVILEGIATA**  
**ASCRIVIBILITA' TABELLARE DELLA MENOMAZIONE FISICA, PSICHICA O SENSORIALE**

Ascrivibilità complessiva di tutte le infermità / lesioni (escluse le NON dipendenti) o di cui ai numeri :

Data di decorrenza \_\_\_\_\_

la morte \_\_\_\_\_ è conseguenza dell'infermità/lesione \_\_\_\_\_

membro

Ten. Col. me. s.p.e. PALESE dott. Pierluigi

## LA COMMISSIONE

Presidente

Ten.Col.me. s.p.e. MARCHITELLI dott. Pietro

membro

Ten.Col.me.s.p.e. **FORNARO** dr. Francesco Paolo

Avverso il presente verbale, entro 10 giorni dalla relativa comunicazione, limitatamente al giudizio di idoneità al servizio, è ammesso ricorso alla competente Direzione di Sanità Militare Territoriale di cui all'art. 5 della Legge 11 marzo 1926, n.416 e successive modificazioni ed integrazioni.



# COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

|                   |            |
|-------------------|------------|
| COMUNE DI MODUGNO |            |
| Prot. n.          | 7355       |
| 10 FEB. 2004      |            |
| Cat.              | Clas.      |
| Fasc.             | Sottofasc. |

1° SETTORE SEGRETERIA - AFFARI GENERALI - PERSONALE  
SERVIZIO PERSONALE

461

Prot.

Modugno, 10 febbraio 2004

RACCOMANDA



All'Ospedale Militare "L. Bonomo"  
Commissione Medica Ospedaliera  
2^ Sezione

70125 BARI

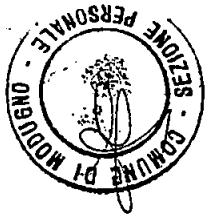
e p.c. Alla sig.ra DI RONZO Filippa  
via E. Fermi, n.30

70026 MODUGNO

Oggetto: Dipendenza infermità da causa di servizio - D.P.R. n.461/2001. Dipendente Di Ronzo Filippa, n.Modugno il 3.03.1963, ivi res. Modugno via E.Fermi, n.30.

Si trasmettono, in allegato, per quanto di competenza, i seguenti atti:

- 1) Domanda della dipendente.
- 2) Rapporto informativo.
- 3) Pratica medico-legale in duplice copia.
- 4) Copie certificati medici.
- 5) Stato di servizio.



IL DIRIGENTE I SETTORE  
dr.ssa Caterina ANGLANI

|                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OSPEDALE MILITARE "L. BONOMO" - BARI<br>Ufficio Direzione - Protocollo<br>C.M.I. e C.M.O. 2° Sez. |
| 12 FEB. 2004                                                                                      |
| PROT. N° 0567                                                                                     |

19/2/2004  
20-02-2004



# COMUNE DI MODUGNO

(PROVINCIA DI BARI)

RIPARTIZIONE SOCIO CULTURALE  
SEZIONE SERVIZI SOCIALI

Prot. n. 136

Modugno, li 27 gennaio '04

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 4493

28 GEN. 2004

Data. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE I SETTORE

D.ssa Anglani Caterina

SEDE

**Oggetto: Esecutore applicato dattilografo Di Ronzo Filippa.**

In riferimento alla Vs. richiesta del 31 novembre 2003 prot. 56809 di pari oggetto, si comunica che la dipendente Di Ronzo Filippa ha sempre svolto lavoro di scrittura e immissione dati al computer, restando per diverse ore in posizione seduta.



IL DIRIGENTE VI SETTORE

Dr. Saverio VACCA

**COMUNE DI MODUGNO**Prot. n. 56186

20 NOV. 2003

Patronato S.I.A.S.

Servizio Italiano di Assistenza Sociale  
per i Servizi Sociali dei LavoratoriD.M. 9/12/1972 pubbl. G.U. n. 332 del 23/12/1972  
Costituito dal Movimento Cristiano Lavoratori - MCL

at. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

asc. \_\_\_\_\_ Sottosc. \_\_\_\_\_  
Mandato di PatronatoIl sottoscritto DI RONCO FILIPPOnato a MODUGNO il 03/03/1963residente in MODUGNO (Prov. PA)via PROL. VIA E. FERREI n. 30 Cap. 80026

titolare della pensione \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ Dec. \_\_\_\_\_

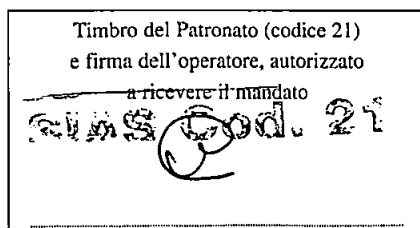
|                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODICE FISCALE | D | R | N | F | P | P | G | 3 | C | 4 | 3 | F | 2 | G | 2 | S |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

con il presente atto delego il Patronato S.I.A.S. - sede PROVINCIALE/ZONALE di MODUGNO  
via IMBRIANI n. 4 tel. 080/332 9600 presso il quale eleggo domicilio, ai sensi  
dell'art. 47 c.c. - a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30  
marzo 2001 n. 152 e successive integrazioni e modificazioni, nei confronti del COMUNE DI  
MODUGNO

per lo svolgimento della pratica relativa a CAUSA DI SERVIZIOInoltre avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge n. 675/96, l'informativa sul  
"trattamento" dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima,

- ☒ 1) consente il loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi  
statutari del Patronato;
- ☒ 2) consente che gli stessi siano comunicati a COMUNE DI MODUGNO;
- ☒ 3) consente a COMUNE DI MODUGNO  
il "trattamento" dei dati medesimi per gli adempimenti degli obblighi previsti della normativa;
- ☒ 4) consente la comunicazione dei dati ad altri Enti competenti alla trattazione della pratica;
- ☒ 5) consente il trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale;
- 6) non consente quanto indicato ai punti \_\_\_\_\_

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Data 19 NOV 2003Firma Di Ronco Filippo  
(Per gli analfabeti e gli impossibilitati firma di due testimoni)

1° Teste - Firma \_\_\_\_\_  
documento n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_

2° Teste - Firma \_\_\_\_\_  
documento n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_

SCRIVERE IN STAMPATELLO

OGGETTO: Qualifica cognome nome: istanza del \_\_\_\_\_ - richiesta di riconoscimento di infermità come dipendente da causa di servizio e di concessione dell'equo indennizzo. Integrazione.

DIRETTORE della  
RIPARTIZIONE PERSONALE  
del COMUNE di MODUGNO

Il sottoscritto/a Dr. ROSSO FILIPPANO nato/a a MODUGNO il 03/03/63, residente a MODUGNO in via PROL. V.A. E. FERMI 30 in servizio presso la Ripartizione SOCIO-CULTURALE (o collocato a riposo in data \_\_\_\_\_), ad integrazione dell'istanza di riconoscimento di infermità come dipendente da causa di servizio e concessione di equo indennizzo presentata in data \_\_\_\_\_, specifica quanto segue:

1) che l'infermità o lesione di cui chiede la dipendenza da causa di servizio è:

lesione d'intermiembro di microdiscectomia L5/S1  
in fase di guarigione con: cure  
di fisioterapia e laser

2) che i fatti di servizio che ritiene abbiano concorso o determinato l'infermità sono:

Postura prolungata e volontaria.

\_\_\_\_\_, determinando come conseguenza sull'integrità fisica: stanchezza  
con dolore al collo e conseguente inabilità  
di lavoro al momento di microdiscectomia

3) allega, in originale (o in triplice copia autenticata):  
(elencare documentazione che si allega)

4) dichiara, inoltre, di essere consapevole che l'equo indennizzo è ridotto della metà in caso di conseguimento della pensione privilegiata e che eventuali recuperi possono essere effettuati mediante trattenute mensili sulla pensione nei limiti di un decimo della stessa (art. 50 D.P.R. 686/57, art. 144 D.P.R. 1092/73);

5) dichiara, altresì, di essere consapevole che dall'ammontare dell'equo indennizzo va dedotto quanto eventualmente percepito in virtù di assicurazioni a carico dell'Amministrazione (art. 50 D.P.R. 686/57) e si impegna, quindi, a comunicare l'eventuale riscossione di rendite vitalizie o indennizzi dall'I.N.A.I.L. o da altra Assicurazione.

data **18 NOV. 2003**

firma

Dr. Rosso F. L. P.

1. Cognome **DI RONZO**  
2. Nome **ELIPPA**  
3. Data e luogo di nascita **05/03/1963**  
**MODUGNO (BA)**  
Residenza **MODUGNO**  
**BA BITONTO**



5. Rilasc. dal Prefetto di **BA**  
6. in **16 NOV 1991**  
7. Valevole fino **16 NOV 1991**  
Patente N. **BA2247675W**  
**BNN1** IL PREFETTO



#### CAMBIAMENTI DI RESIDENZA

PATENTE N. **BA2247675W (5WVVCZ)**  
**PROLUNG VIA E FERMI 30**  
**70026 MODUGNO BA**

PATENTE N. **BA2247675W (R72SWG)**  
**VALIDA FINO AL 04/03/2012**  
**NESSUNA PRESCRIZIONE**

**05BA394603**  
**RIASCIO PER ESAME**

**\*08/09-18/09/81\***

#### (4) VEICOLI PER I QUALI LA PATENTE È VALIDA

|          |                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>A</b> | Motoveicoli di peso a vuoto fino a 4 quintali.                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>B</b> | <b>BA2247675W 30/09/81</b><br>Motoveicoli di peso a vuoto sup. a 4 q.li; autovetture, autoveicoli per trasp. promiscuo, autocarri e autoveicoli uso speciale o trasporti specifici di peso a pieno carico fino a 35 q.li (1) (2) (3). |  |
| <b>C</b> | Autocarri, autoveicoli per uso speciale o trasporti specifici di peso complessivo a pieno carico oltre 35 q.li; trattori stradali (1).                                                                                                |  |
| <b>D</b> | Autobus (1).                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>E</b> | Autoveicoli di cat. B, C, D, per cui il cond. è abilitato, con rimor. ecced. i relativi limiti di cat.; autosnodati (solo per cat. C o D).                                                                                            |  |
| <b>F</b> | Veicoli di cui al D. M. 8-1-1975 e succ. mod. indicati a pag. 3.                                                                                                                                                                      |  |



Dott.ssa Annalisa Cavallo

Medico Chirurgo

Specialista in Biochimica e Chimica Clinica

Via Durazzo, 8 - Tel. 080.5580587

70121 Bari

14/11/03

Si certifica che la signora Di Rocco  
Filippe, nata a Rodolpho (Be), il  
03/03/'53 a residenza a Rodolpho,  
prod. via E. Fermi, 30 è affetta  
da lesi di intercoro di  
microdiscazione L5-S1, si per  
brane discale.

Spondilolitosi diffusa con  
discofite cervicali e lombari con  
limitazione flessione -

Cervicobrachialgie stat. e lombalgia

Fullo



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 15-10-2003

n° archivio 698

| <i>Dati identificativi</i> | <i>Data di nascita</i> | <i>Provenienza</i> |
|----------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>DI RONZO FILIPPA</b>    | 03-03-1963             | ausl ba/4          |

**RM RACHIDE CERVICALE**

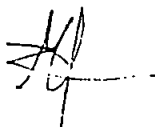
Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Appiannamento della fisiologica lordosi cervicale associato ad alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

A livello C5-C6 e C6-C7 si apprezza protrusione discale globale con osteofitosi marginale somatica consensuale e fenomeni degenerativi del nucleo polposi.

Il midollo spinale risulta lievemente improntato a livello C5-C6, tuttavia privo di alterazioni focali del segnale.

Concomitano, a livello C5-C6, segni di osteocondrosi intervertebrale allo stadio I secondo Modic.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

COMUNE DI MODUGNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 L. n. 28 Dicembre 2000, n. 448)

La presente copia, composta di n. 1 foglio, è conforme all'originale ricevuto  
dal Sig. F. Rizzo identificato mediante Carta d'identità  
il 21/09/03

Data 15/11/2003

IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)

*Ventrella*



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 15-10-2003

n° archivio 698

*Dati identificativi*

**DI RONZO FILIPPA**

*Data di nascita*

03-03-1963

*Provenienza*

ausl ba/4

**RM RACHIDE CERVICALE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Appianamento della fisiologica lordosi cervicale associato ad alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

A livello C5-C6 e C6-C7 si apprezza protrusione discale globale con osteofitosi marginale somatica consensuale e fenomeni degenerativi del nucleo polposi.

Il midollo spinale risulta lievemente improntato a livello C5-C6, tuttavia privo di alterazioni focali del segnale.

Concomitano, a livello C5-C6, segni di osteocondrosi intervertebrale allo stadio I secondo Modic.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

COMUNE DI MODURNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 DPR 28 Dicembre 2000, n° 445)

La presente copia, composta di n. 4 fogli, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. di Rocco Fella nato/a in Milano  
il 2/5/1963 identificato mediante Certificato di nascita

Data 19/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 15-10-2003

n° archivio 698

*Dati identificativi*

**DI RONZO FILIPPA**

*Data di nascita*

03-03-1963

*Provenienza*

ausl ba/4

**RM RACHIDE CERVICALE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Appianamento della fisiologica lordosi cervicale associato ad alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

A livello C5-C6 e C6-C7 si apprezza protrusione discale globale con osteofitosi marginale somatica consensuale e fenomeni degenerativi del nucleo polposi.

Il midollo spinale risulta lievemente improntato a livello C5-C6, tuttavia privo di alterazioni focali del segnale.

Concomitano, a livello C5-C6, segni di osteocondrosi intervertebrale allo stadio I secondo Modic.



dott. Michele Traversa

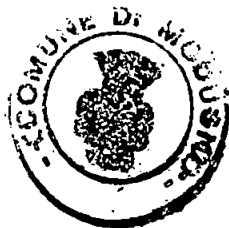
N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

COMUNE DI MODUGNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 DPR 28 dicembre 2000 N. 445)

La presente copia, composta di n. 1 foglio, conforme all'originale esibito  
dal Sig. Di Rosa Filippo nato/a in Modugno  
il 13/05/1963 identificato mediante Codice fiscale

Data 19/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 26-05-2003

n° archivio 551

*Dati identificativi*

**DI RONZO FILIPPA**

*Data di nascita*

03-03-1963

*Provenienza*

ausl ba/4 2051578

**RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBARE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Nella norma la morfologia ed il segnale del midollo spinale.

Alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

Appianata la fisiologica lordosi cervicale.

A livello C5-C6 e C6-C7 si rileva protrusione discale globale, con osteofitosi marginale somatica consensuale, a maggiore estrinsecazione posteriore paramediana sinistra.

A livello L4-L5 protrusione discale diffusa posteriore.

A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

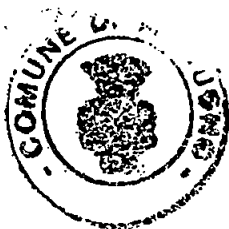
Attestato di autenticazione  
degli atti della Pubblica Amministrazione  
del Comune di Macerugno

COMUNE DI MACERUGNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 15 DPR 28 Dicembre 2000, n. 445)

La presente copia, composta di n. 1 foglio, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. Roberto Felice tuttora in Macerugno  
il 13/03/2003 identificato mediante Carta d'identità

Data 19/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)





ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 26-05-2003

n° archivio 551

*Dati identificativi*

*Data di nascita*

*Provenienza*

DI RONZO FILIPPA

03-03-1963

ausl ba/4 2051578

RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBARE

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Nella norma la morfologia ed il segnale del midollo spinale.

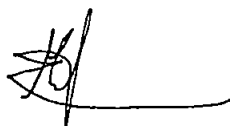
Alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

Appianata la fisiologica lordosi cervicale.

A livello C5-C6 e C6-C7 si rileva protrusione discale globale, con osteofitosi marginale somatica consensuale, a maggiore estrinsecazione posteriore paramediana sinistra.

A livello L4-L5 protrusione discale diffusa posteriore.

A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

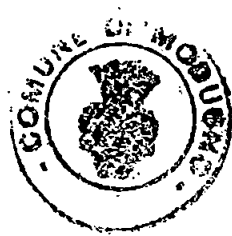
... per il ...  
...

COMUNE DI MODUGNA  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI PENDING  
(Art. 18 DPR 25 DI omnia 2001 n. 143)

La presente copia, composta di n. 1 fogli, è contenuta in 1 copia esibita  
dal Sig. Dr. Roberto F. F. recata in libro dei pro.  
il 15/11/2003 identificata nel libro causale pro. B.  
Data 15/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DEL RENDICO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)

Ventrella



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 26-05-2003

n° archivio 551

| <i>Dati identificativi</i> | <i>Data di nascita</i> | <i>Provenienza</i> |
|----------------------------|------------------------|--------------------|
| DI RONZO FILIPPA           | 03-03-1963             | ausl ba/4 2051578  |

RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBARE

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Nella norma la morfologia ed il segnale del midollo spinale.

Alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

Appianata la fisiologica lordosi cervicale.

A livello C5-C6 e C6-C7 si rileva protrusione discale globale, con osteofitosi marginale somatica consensuale, a maggiore estrinsecazione posteriore paramediana sinistra.

A livello L4-L5 protrusione discale diffusa posteriore.

A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

MA...  
...  
...

COMUNE DI MONTE...  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 D.M. 28 Dicembre 2000, N. 445)

La presente copia, composta di n. 1 fogli, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. Reffo nato/a in Calenzano  
il 3/09/96 identificato mediante ...

Data 15/11/2003



IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
- (Antonietta Ventrella)

*[Handwritten signature]*



# COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 56186

20 NOV. 2003

Patronato S.I.A.S.  
Servizio Italiano di Assistenza Sociale  
per i Servizi Sociali dei Lavoratori  
D.M. 9/12/1972 pubbl. G.U. n. 332 del 23/12/1972  
Costituito dal Movimento Cristiano Lavoratori - MCL

at. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

asc. \_\_\_\_\_ Sottosc. \_\_\_\_\_  
Mandato di Patrocinio

Il sottoscritto DI RONCO FILIPPO

nato a MODUGNO

il 03/03/1963

residente in MODUGNO

(Prov. PA)

via PROL. VIA E. FERREI

n. 30

Cap. 80026

titolare della pensione \_\_\_\_\_

Cat. \_\_\_\_\_

Dec. \_\_\_\_\_

|                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODICE FISCALE | D | R | N | F | P | P | G | 3 | C | 4 | 3 | F | 2 | G | 2 | S |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

con il presente atto delego il Patronato S.I.A.S. - sede PROVINCIALE/ZONALE di MODUGNO  
via IMBRIANI n. 4 tel. 090/5329600 presso il quale eleggo domicilio, ai sensi  
dell'art. 47 c.c. - a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30  
marzo 2001 n. 152 e successive integrazioni e modificazioni, nei confronti del COMUNE DI  
MODUGNO

per lo svolgimento della pratica relativa a CAUSA DI SERVIZIO

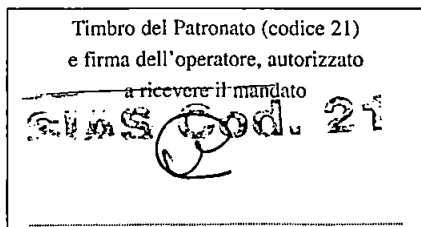
Inoltre avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge n. 675/96, l'informativa sul  
"trattamento" dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima,

- ☒ 1) consente il loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi  
statutari del Patronato;
- ☒ 2) consente che gli stessi siano comunicati a COMUNE DI MODUGNO;
- ☒ 3) consente a COMUNE DI MODUGNO  
il "trattamento" dei dati medesimi per gli adempimenti degli obblighi previsti della normativa;
- ☒ 4) consente la comunicazione dei dati ad altri Enti competenti alla trattazione della pratica;
- ☒ 5) consente il trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale;
- 6) non consente quanto indicato ai punti \_\_\_\_\_

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Data 19 NOV. 2003

Firma Di Ronco Filippo  
(Per gli analfabeti e gli impossibilitati firma di due testimoni)



1° Teste - Firma \_\_\_\_\_  
documento n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_  
2° Teste - Firma \_\_\_\_\_  
documento n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_

SCRIVERE IN STAMPATELLO

OGGETTO: Qualifica cognome nome: istanza del \_\_\_\_\_ - richiesta di riconoscimento di infermità come dipendente da causa di servizio e di concessione dell'equo indennizzo. Integrazione.

DIRETTORE della  
RIPARTIZIONE PERSONALE  
del COMUNE di MODUGNO

Il sottoscritto/a Dr. ROZO FILIPPANATO/a a MODUGNO il 03/03/63, residente a MODUGNO in via PROL. V.A. E. FERMI 30 in servizio presso la Ripartizione SOCIO-CULTURALE collocato a riposo in data \_\_\_\_\_, ad integrazione dell'istanza di riconoscimento di infermità come dipendente da causa di servizio e concessione di equo indennizzo presentata in data \_\_\_\_\_, specifica quanto segue:

- 1) che l'infermità o lesione di cui chiede la dipendenza da causa di servizio è: lesione di interesse di microdiscectomia L5/S1 in fase di cura specialistica con: cure fisiofisiche e laser
- 2) che i fatti di servizio che ritiene abbiano concorso o determinato l'infermità sono: Postura prolungata e volontaria
- \_\_\_\_\_ determinando come conseguenza sull'integrità fisica: stanchezza con grave dolore e conseguente inabilità di lavoro ed interesse di microdiscectomia

3) allega, in originale (o in triplice copia autenticata):  
(elencare documentazione che si allega)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) dichiara, inoltre, di essere consapevole che l'equo indennizzo è ridotto della metà in caso di conseguimento della pensione privilegiata e che eventuali recuperi possono essere effettuati mediante trattenute mensili sulla pensione nei limiti di un decimo della stessa (art. 50 D.P.R. 686/57, art. 144 D.P.R. 1092/73);

5) dichiara, altresì, di essere consapevole che dall'ammontare dell'equo indennizzo va dedotto quanto eventualmente percepito in virtù di assicurazioni a carico dell'Amministrazione (art. 50 D.P.R. 686/57) e si impegna, quindi, a comunicare l'eventuale riscossione di rendite vitalizie o indennizzi dall'I.N.A.I.L. o da altra Assicurazione.

data **18 NOV. 2003**

firma

Dr. Roza F. L. P.

Cognome **DI RONZO**  
 2. Nome **ELIIPPA**  
 3. Data e luogo di nascita **03/03/1963**  
**MODUGNO (BA)**  
 4. Residenza **MODUGNO**  
**28 MILITONTO**

Il Funzionario  
 della  
 Motorizzazione Civile  
 Uff. Prov. di

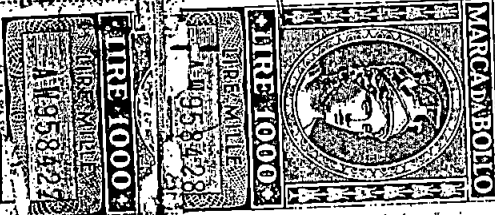
FIRMA DEL TITOLARE

5. Rilasc. dal Prefetto di **ARI**  
 6. il **16 NOV 1991**  
 7. Valevole fino al **16 NOV 1991**  
 Patente N. **BA2247675W**  
 ENN1 IL PREFETTO

**CAMBIAMENTI DI RESIDENZA**  
 PATENTE N. BA2247675W (5WWVCZ)  
 PROLUNG VIA E FERMI 30  
 70026 MODUGNO BA

PATENTE N. BA2247675W (R72SWG)  
 VALIDA FINO AL 04/03/2012  
 NESSUNA PRESCRIZIONE

**05BA394603**  
**RILASCIO PER ESAME**  
**\*08/09-18/09/81\***



**(4) VEICOLI PER I QUALI LA PATENTE È VALIDA**

|          |                            |  |
|----------|----------------------------|--|
| <b>A</b> |                            |  |
| <b>B</b> | <b>BA2247675W 30/09/81</b> |  |
| <b>C</b> | *****                      |  |
| <b>D</b> | *****                      |  |
| <b>E</b> | *****                      |  |
| <b>F</b> | *****                      |  |

Motoveicoli di peso a vuoto fino a 4 quintali.

Motoveicoli di peso a vuoto sup. a 4 q.li; autoveicoli, autoveicoli per trasp. promiscuo, autocarri e autoveicoli uso speciale o trasporti specifici di peso a pieno carico fino a 35 q.li (1) (2) (3).

Autocarri, autoveicoli per uso speciale o trasporti specifici di peso complessivo a pieno carico oltre 35 q.li; trattori stradali (1).

Autobus (1).

Autoveicoli di cat. B, C, D, per cui il cond. è abilitato, con rimor. ecced. i relativi limiti di cat.; autosnodati (solo per cat. C e D).

Veicoli di cui al D. M. 8-1-1975 e succ. mod. indicati a pag. 3.

Dott.ssa Annalisa Cavallo  
Medico Chirurgo  
Specialista in Biochimica e Chimica Clinica  
Via Durazzo, 8 - Tel. 080.5580587  
70121 Bari

16/11/03

Si certifica che la sig. De Rocco  
Filippe, nata a Rodolpho (Se), il  
03/03/53 a residenza a Rodolpho,  
mol. via E. Fermi, 30 è affetta  
da les. di intercoro di  
microdissectione L5-S1 per  
lesione discale.

Spontaneamente diffusa con  
discepatie cervicali e lombari con  
limitazione muscolare -  
Cervicobrachialgia stat. e brachiale  
Leulle



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 15-10-2003

n° archivio 698

*Dati identificativi*

*Data di nascita*

*Provenienza*

**DI RONZO FILIPPA**

03-03-1963

ausl ba/4

**RM RACHIDE CERVICALE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Appianamento della fisiologica lordosi cervicale associato ad alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

A livello C5-C6 e C6-C7 si apprezza protrusione discale globale con osteofitosi marginale somatica consensuale e fenomeni degenerativi del nucleo polposi.

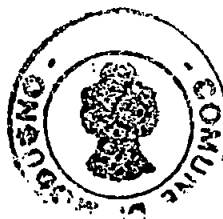
Il midollo spinale risulta lievemente improntato a livello C5-C6, tuttavia privo di alterazioni focali del segnale.

Concomitano, a livello C5-C6, segni di osteocondrosi intervertebrale allo stadio I secondo Modic.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.



IL PUBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)

COMUNE DI MODUGNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 L. n. 26 Dicembre 2001, n. 42)  
La presente copia, composta da  
5 fogli  
è stata autenticata  
il 15/11/2003  
da Sig. *Antonietta Ventrella*  
Data 15/11/2003

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 15-10-2003

n° archivio 698

*Dati identificativi*

**DI RONZO FILIPPA**

*Data di nascita*

03-03-1963

*Provenienza*

ausl ba/4

**RM RACHIDE CERVICALE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Appianamento della fisiologica lordosi cervicale associato ad alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

A livello C5-C6 e C6-C7 si apprezza protrusione discale globale con osteofitosi marginale somatica consensuale e fenomeni degenerativi del nucleo polposi.

Il midollo spinale risulta lievemente improntato a livello C5-C6, tuttavia privo di alterazioni focali del segnale.

Concomitano, a livello C5-C6, segni di osteocondrosi intervertebrale allo stadio I secondo Modic.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

COMUNE DI MODURNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 DPR 28 Dicembre 2000, F. 445)

La presente copia, composta di n. 1 fogli, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. Roberto Ferra nato/a in Milano  
il 2/5/1963 identificato mediante certificato personale

Data 19/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 15-10-2003

n° archivio 698

*Dati identificativi*

*Data di nascita*

*Provenienza*

**DI RONZO FILIPPA**

03-03-1963

ausl ba/4

**RM RACHIDE CERVICALE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Appiannamento della fisiologica lordosi cervicale associato ad alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

A livello C5-C6 e C6-C7 si apprezza protrusione discale globale con osteofitosi marginale somatica consensuale e fenomeni degenerativi del nucleo polposo.

Il midollo spinale risulta lievemente improntato a livello C5-C6, tuttavia privo di alterazioni focali del segnale.

Concomitano, a livello C5-C6, segni di osteocondrosi intervertebrale allo stadio I secondo Modic.



dott. Michele Traversa

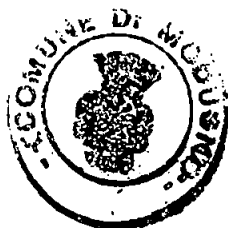
N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

COMUNE DI MODUGNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 DPR 28 Dicembre 2000 N. 445)

La presente copia, composta di n. 1 foggi, conforme all'originale esibito  
dal Sig. Di Rosa Flavia nato/a in Modugno  
il 13/05/1963 identificato mediante C.C. n. 123456789

Data 19/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 26-05-2003

n° archivio 551

*Dati identificativi*

**DI RONZO FILIPPA**

*Data di nascita*

03-03-1963

*Provenienza*

ausl ba/4 2051578

**RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBARE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Nella norma la morfologia ed il segnale del midollo spinale.

Alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

Appianata la fisiologica lordosi cervicale.

A livello C5-C6 e C6-C7 si rileva protrusione discale globale, con osteofitosi marginale somatica consensuale, a maggiore estrinsecazione posteriore paramediana sinistra.

A livello L4-L5 protrusione discale diffusa posteriore.

A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra.



dott. Michele Traversa

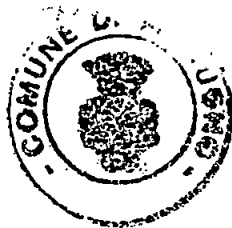
N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

Attestato di autenticazione  
emesso dalla  
Amministrazione Comunale

COMUNE DI BOLOGNO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 13 D.M. 28 Dicembre 2000, 15.445)

La presente copia, composta di n. 1 foglio, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. Roberto Filippi nato/a in Modena  
il 13/03/1963 identificato mediante Carta d'identità  
Data 19/11/2003

IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)





ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 26-05-2003

n° archivio 551

*Dati identificativi*

*Data di nascita*

*Provenienza*

DI RONZO FILIPPA

03-03-1963

ausl ba/4 2051578

RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBARE

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Nella norma la morfologia ed il segnale del midollo spinale.

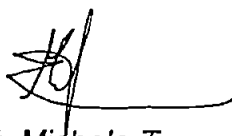
Alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

Appianata la fisiologica lordosi cervicale.

A livello C5-C6 e C6-C7 si rileva protrusione discale globale, con osteofitosi marginale somatica consensuale, a maggiore estrinsecazione posteriore paramediana sinistra.

A livello L4-L5 protrusione discale diffusa posteriore.

A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.



IL PUNTO DI INCARICATO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(Antonietta Ventrella)

Data 15/11/2003

La presente copia, corrisposta di n. 15/11/2003  
del Sig. 15/11/2003  
Identificata nel n. 15/11/2003  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DA ATTO PUBBLICO  
(Art. 18 DPR 26/03/2001 n. 159)  
COMUNE DI MONTESANO  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DA ATTO PUBBLICO

Il presente documento è valido per l'authenticazione

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO  
OSPEDALE ONCOLOGICO  
via G. Amendola, 209  
70126 Bari

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA  
U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
SEZIONE DI R.M.N.

Bari, 26-05-2003

n° archivio 551

| <i>Dati identificativi</i> | <i>Data di nascita</i> | <i>Provenienza</i> |
|----------------------------|------------------------|--------------------|
| DI RONZO FILIPPA           | 03-03-1963             | ausl ba/4 2051578  |

**RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBARE**

Esame eseguito con tecnica SE e GE secondo piani sagittali ed assiali per immagini T1 e T2\* dipendenti.

Nella norma la morfologia ed il segnale del midollo spinale.

Alterazioni morfo-strutturali di tipo spondiloartrosico.

Appianata la fisiologica lordosi cervicale.

A livello C5-C6 e C6-C7 si rileva protrusione discale globale, con osteofitosi marginale somatica consensuale, a maggiore estrinsecazione posteriore paramediana sinistra.

A livello L4-L5 protrusione discale diffusa posteriore.

A livello L5-S1 grossolana ernia del disco posteriore paramediana sinistra.



dott. Michele Traversa

N.B.: Si raccomanda di esibire tale documentazione (pellicole radiologiche e referto) in occasione di ogni successivo controllo ambulatoriale e/o ricovero.

Attestato di autenticazione  
del documento  
Autenticazione

COMUNE DI MONTECATINI  
AUTENTICAZIONE DI COPIE DI ATTI E DOCUMENTI  
(Art. 18 D.P.R. 28 Dicembre 2000, N. 445)

La presente copia, composta di n. 1 fogli, è conforme all'originale esibito  
dal Sig. Roberto Beffa nato/a in Castellina Grotte  
il 3/09/96 identificato mediante Carta d'identità

Data 15/11/2003



IL FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO  
IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
- (Antonietta Ventrella)

*[Handwritten signature]*



# COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

I° SETTORE SEGRETERIA - AFFARI GENERALI - PERSONALE  
SERVIZIO PERSONALE

LA DIRIGENTE

Esaminati gli atti d'ufficio:

CERTIFICA

- che la Sig.ra DI RONZO FILIPPA, nata a Modugno il 03.03.1963, ivi residente in Via E.Fermi N.30, è alle dipendenze di questo Ente dal 20.11.1979;
- che la stessa è inquadrata nei ruoli organici di questo Ente con il profilo professionale di "Esecutore Applicato Dattilografo" Cat.B1 posiz.econom. B2.

MODUGNO, 21.11.2003



LA DIRIGENTE I SETTORE  
Dott.ssa Caterina Anglani

19.11.80

Dott. GIUSEPPE DI CIAULA

Medico Chirurgo  
Specialista in Puericultura  
ed Igiene Infantile

Via Ravanas, 32/A  
Via Ravenna, 12  
Telefono 568.932

70026 MODUGNO (Bari)

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |                   |
| 24322             | 25X100            |
| Cal.....          | Cl..... Fasc..... |

Di Romo Filippo  
Paghe infide su mesi

Procuratori ff. 7 s.c.  
a decorrere dal 20.11.80

Amato  
15-12-80  
Vg

St. V. C.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

**PRESELENZIONE PER POSTA CERTIFICATA**

24 MAR 1974

Dr. Frank J. B. B. B.

John Van Dyke  
his wife and children

Proth. R. 6-5 C

1991 R. Dr. GUISSEPE AD

11/10/62, P. 2, A. 101, 11/10/62

11  
14.1.80

Dott. GIUSEPPE DI CIAULA

Medico Chirurgo  
Specialista in Puericultura  
ed Igiene Infantile

Via Ravanas, 32/A  
Via Ravenna, 12  
Telefono 568.932

70026 MODUGNO (Bari)

*[Handwritten signature]*

|                   |          |
|-------------------|----------|
| COMUNE DI MODUGNO |          |
| 2135              | 24 1 80  |
| Cat. ....         | Cl. .... |

Di Roup Filippa Albano

Contenitore puerile su

Premon N. 6 D.C.

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

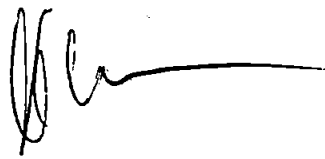


14.1.80

GIUSEPPE DI CIAULA  
Medico Chirurgo  
Specialista in Puericultura  
ed Igiene Infantile  
Via Ravenna, 32/A  
Via Ravenna, 17  
Telefono 568.972  
70026 MODUGNO (Bari)

|                   |       |
|-------------------|-------|
| COMUNE DI MODUGNO |       |
| 2137              | 24180 |
| Cat. CI           | F300  |

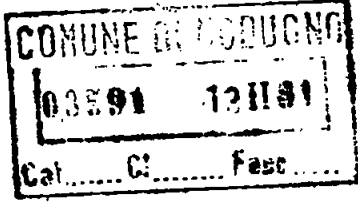
Si certifica che la  
figlia di Louis Felice Maria  
è presente all'8° mese


dipendente DI RONZO Filippo (Aut. trans.)

certifico che la  
funzione di capo comune  
e' stata da Enrico  
aut. ed ha diritto  
di ammissione per 3 giorni

Personale  
18.12.81  
Aut. trans.



18.12.81

DATA

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO

DOTT. GIUSEPPE DI CIAULA

Medico Chirurgo  
Specialista in Puericultura  
ed Igiene Infantile

Via Ravanas, 32/A  
Via Ravenna, 12  
Telefono 568.932

70026 MODUGNO (Bari)

h. 2.02

h. 2.02

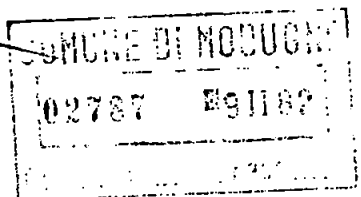
Di Poup Philip

Lambourshelp

Propuri fl. d. c. c.

18  
3.2.82

Annotes  
15-2-82  
h



110



# CITTA' DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

COMUNE DI MODUGNO

73.03-5 76849

Prot. N. 305

Modugno li 26 marzo Cl. Fa 86

RISPOSTA AL FOGLIO

del

N.

Allegati N. 1

S. E. D. E.

OGGETTO :

Trasmissione certificato medico

In allegato alla presente lettera, si trasmette il certificato medico, della dipendente Comunale Dikronzo Filippa, assente dal posto di lavoro dal giorno 25/3/86.

Distinti saluti.



UFFICIALE AMMINISTRATIVO  
(PROSCIA Domenico)

*Domenico Proscia*

UNITA SA

BINETTO - BITETTO - BITRIT

RIU

MC

ICALE BA/12

IUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

IO

Modugno,

25/3/86

Servizio ..... Sez. ....

Fior n. ....

Risposta a foglio n. .... del ....

Allegati .....

OGGETTO:

Certifico che la Sig.ra S. Penco  
Filippa, madre di ff. 5/1000,  
di "cupo" domiciliare, p.e.,  
per "dovrebbe" st.  
si trova per gli "in comiti".

Unità Sanitaria n. 35/12

IL MEDICO DI SANITÀ

Dr. A. Penco

Dr. Penco



# CITTA' DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

## SEZIONE PERSONALE

Prot.n. 4652

Modugno, 27/2/1988

AL CAPO SERVIZIO IGIENE

VIA DE GASPERI, 27

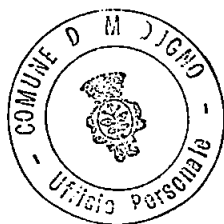
U.S.L. BA/12

M O D U G N O

Oggetto: Conferma visita fiscale dipendente comunale  
DI RONZO FILIPPA VIA BITONTO N.28 - Modugno:

La presente a conferma della visita fiscale chiesta  
telefonicamente alle ore 11,00 del 27/2/88 per la  
dipendente in oggetto generalizzata.

Distinti saluti.



IL SINDACO  
(Dott. Ing. Antonio Pecorella)

# CITTA' DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Prot. n. 243 / Serv. Soc.

del 28.02.1988

Risposta alla nota n. ....

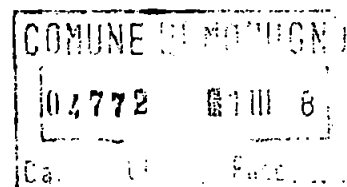
del .....

MODUGNO 27 FEB. 1988

Al Signor Sindaco  
del Comune di

MODUGNO

Allegati n. 1

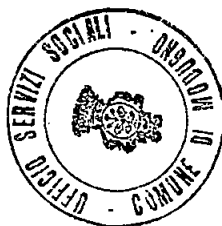


Oggetto: Trasmissione Certificato medico.

Per gli opportuni adempimenti, si trasmette in allegato alla presente Certificato medico della dipendente comunale Di Ronzo Marisa in servizio presso il Centro Aperto per Anziani assente dal 27.02.1988.

Distinti saluti.

IL CAPO SEZIONE ASSISTENZA  
(Reg. Elena Berardi)



che interessano

**Regione Puglia - U.S.L. Ba/12**  
BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO  
SEDE MODUGNO

CERTIFICATO N° 101340

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_  
U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

De Rosa F. B. De Rosa 11/10/80  
(cognome e nome) (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. \_\_\_\_\_  
(la prognosi clinica comprende il giorno di redaz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal \_\_\_\_\_  
\* ☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☐ NO

Data 27.7.80  
FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO  
199/8 Dr. GIUSEPPE DI GIAMM...

*firmatario*



La documentazione sanitaria comporta  
malattia (prognosi) indicata nell'attestato: il  
malattia, deve comprovare tempestivamente  
storia di continuazione da far pervenire al  
e nei termini in precedenza indicati.  
ato entro i due giorni successivi a quello  
essere recapitato o trasmesso a mezzo  
al datore di lavoro e alla U.S.L. nella cui  
LAVORATORE

**Regione Puglia - U.S.L. Ba/12**  
BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO  
**SEDE MODUGNO**

**CERTIFICATO N° 101340**

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

**Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltrare all'INPS**

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

(cognome e nome)

(numero libretto)

Prognosi clinica di gg. \_\_\_\_\_

(la prognosi clinica comprende il giorno di redaz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal \_\_\_\_\_

\* ☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☐ NO

Data

**FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO**

Diagnosi

B) Riquadro da compilarsi esclusivamente a cura del lavoratore assicurato con l'INPS

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

Indirizzo durante la malattia (da compilarsi anche se trattato dell'indirizzo abituale)

\* ☐ OPERAIO \* ☐ IMPIEGATO \* ☐ APPRENDISTA

(Indicare il datore di lavoro, il relativo indirizzo ed il settore economico, industria, commercio, agricoltura, ecc. \_\_\_\_\_)

\* ☐ STAGIONALE \* ☐ DISOCCUPATO O SOSPESO SENZA TRATTAMENTO DI CASSA INTEGRAZIONI GUADAGNI (Indicare l'ultimo datore di lavoro e relativo indirizzo)

\* ☐ LAVORATORE AGRICOLO, iscritto nell'elenco anagrafico del Comune di \_\_\_\_\_

\* ☐ LAVORATORE AUTONOMO (artigiano, commerciante, colt. dir., mezzadro o colono)

L'incapacità lavorativa è stata causata da:

Infortunio sul lavoro \* ☐ SI \* ☐ NO Terzi (es. incidente stradale) \* ☐ SI \* ☐ NO

\* Barrare la voce che interessa.

**THE J.S.U. - givut' enoigaa**

• ONIAGNINILS - ONIAGNOM - ONUGA - OTTIRANG - OTTIRING - OTTIRANG  
OTTIRANG

**ONUGOM SEDE**

M. offieaad ponnethappa id J.S.U.  
M enoiged houf J.S.U.

COMUNE DI MODUGNO  
[Stampa illeggibile]  
Carta CI \_\_\_\_\_ Fazio \_\_\_\_\_

In esito alla Vs. richiesta, si trasmette in allegato il referto Medico Legale N° 641 relativo al dipendente: ..... DI RONZO FILIPPO

Gruppo A, li 29/2/88



SEDE DI BARI

S. L. - BARI/16

Servizio

med. legale

Sig.

D. Rocco Filippo

Abitante in

elladugno

Via

Bitonto

Cod. Reg.

n. 28

dipendente

Azienda

Ente sopraindicato

Matr. INPS

Via

n.

Città

☒

Visita domiciliare

☐

Accesso

☐

Visita ambulatoriale

Attesto che il lavoratore sopra specificato, oggi

27/2/88

alle ore

18,45

A)

☒

è stato da me visitato e giudicato in condizioni di riprendere lavoro il

29.2.88

☐

è stato da me visitato e giudicato in condizioni di non poter lavorare; prognosi di gg.

da oggi

☐

è stato altresì invitato a nuova visita di controllo in ambulatorio per il

Firma del lavoratore per presa visione e ricevuta di copia del presente referto e dell'eventuale invito a nuova visita

L. Rocco 28/10

(Eventuale osservazione del lavoratore)

Il Medico

Dott.ssa Giuliana Cozzi  
MEDICO CHIRURGO  
(timbro e firma)

B)

☐

risulta sconosciuto all'indirizzo sopra indicato

☐

non si è presentato a visita ambulatoriale (estremi dell'eventuale raccomandata a.r. di invito: racc. n. del )

☐

☐

non è stato da me visitato in quanto all'indirizzo sopra indicato non ha risposto nessuno

☐

è assente all'indirizzo sopra indicato

Lasciato invito a visita di controllo per il

☐ al Sig.

☐ familiare maggiore di anni 14

☐ portiere dello stabile

☐ nella cassetta delle lettere

Firma per ricevuta dell'invito per il lavoratore a visita di controllo

C)

Controllo da addebitare

☐

all'INPS

☐

al datore di lavoro

☐

Il Medico

(timbro e firma)

(L.

per

L.

per

L.

per



# CITTA' DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

COMUNE DI MODUGNO

014535

- 8 LUG. 88

Prot. n. 0115 / Serv. Soc.

del 5.07.88

Risposta alla nota n. 00

del

Al Signr.

CAT. .... CL. .... FASC. ....

Comune di Modugno

Allegati n. 1

SEDE

Oggetto: Trasmissione certificato medico della dipendente Di Ronzo Filippa.

Per gli opportuni adempimenti e per quanto di vostra competenza, si trasmette certificato medico attestante la malattia della dipendente Di Ronzo Filippa, in servizio presso il Centro Anziani.  
La prognosi clinica è di gg. 5, come risulta da certificato medico, allegato alla presente.

Distinti saluti.



IL CAPO SEZIONE ASSISTENZA  
(Rag. Caterina Berardi)

**Regione Puglia - U.S.L. Ba/12**

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

SEDE MODUGNO

CERTIFICATO N° 118344

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

R. Ruffa (cognome e nome) 1120/PS6601 (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. 5 (la prognosi clinica comprende il giorno di redaz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 5.7.88

\* ☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☐ NO

Data 5.7.88 FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO 100/8 17: 51/88

Diagnosi Trauma alla schiena

B) Riquadro da compilarsi esclusivamente a cura del lavoratore assicurato con l'INPS

\_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_ (luogo e data di nascita)

Indirizzo durante la malattia (da compilarsi anche se trattasi dell'indirizzo attuale)

\* ☐ OPERAIO \* ☐ IMPIEGATO \* ☐ APPRENDISTA

(Indicare il datore di lavoro, il relativo indirizzo ed il settore economico, industria, commercio, agricoltura, ecc.)

\* ☐ STAGIONALE \* ☐ DISOCCUPATO O SOSPESO SENZA TRATTAMENTO DI CASSA INTEGRAZIONI GUADAGNI (Indicare l'ultimo datore di lavoro e relativo indirizzo)

\* ☐ LAVORATORE AGRICOLO, iscritto nell'elenco anagrafico del Comune di \_\_\_\_\_

\* ☐ LAVORATORE AUTONOMO (artigiano, commerciante, colt. dir., mezzadro o colono)

L'incapacità lavorativa è stata causata da:

Infortunio sul lavoro \* ☐ SI \* ☐ NO Terzi (es. incidente stradale) \* ☐ SI \* ☐ NO

\* Barrare la voce che interessa.

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

REGIONE PUGLIA - U.S.L. Ba/12

SEDE MODUGNO

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

CERTIFICATO N° 118344

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

REGIONE PUGLIA - U.S.L. Ba/12

SEDE MODUGNO

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

CERTIFICATO N° 118344

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

# REGIONE PUGLIA - U.S.L. Ba/12

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

SEDE MODUGNO

CERTIFICATO N° 118344

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

R. Raimo (cognome e nome) 11701954401 (numero libretto) Bitritto

Prognosi clinica di gg. 5 Guarita (la prognosi clinica comprende il giorno di redazione del certificato) Modugno

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 15.7.88

\* ☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☐ NO SED

Oggetto: Trasmissione certificato medico FIRMARE TIMBRO DEL MEDICO Di R.

Data 15.7.88 109/3 Dr. GIUSEPPE DI CIALI

Forcella Le scute



# CITTA' DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Prot. n. 1866

del 30.12.1988

Risposta alla nota n.

del

Allegati n. 2

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| COMUNE DI MODUGNO  |             |
| 000116             | - 3 GEN. 89 |
| CAT. .... CL. .... | FASC. ....  |

Modugno, 30.12.1988

Al Signor Sindaco

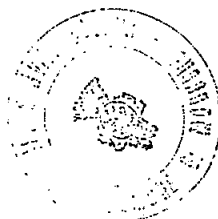
del Comune di

MODUGNO

Oggetto: Trasmissione Certificati medici.

8 Per gli opportuni adempimenti, e per quanto di V.S. competenza si trasmette in allegato alla presente n. 2 certificati medici della dipendente comunale in servizio presso il Centro Aperto per Anziani sig.ra Di Ronzo Filippa assente dal 29.12.88, per la quale si chiede anche la sospensione del Congedo ordinario.

Distinti saluti.



IL CAPO SEZIONE ASSISTENTE  
(Reg. Caterina, 30.12.88)

Regione Puglia U.S.L. Ba/12

BITONTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

SEDE MODUGNO

CERTIFICATO N° 126015

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'U.S.L. a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

Romano Ruffo 11/12/1976  
(cognome e nome) (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. 3

(la prognosi clinica comprende il giorno di redoz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 29.12.77

\* ☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☒ NO

Data 29.12.77

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Diagnosi Infuenza

Dr. GIUSEPPE DI CAVALLA

B) Riquadro da compilarsi esclusivamente a cura del lavoratore assicurato con l'INPS

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

Indirizzo durante la malattia (da compilarsi anche se trattasi dell'indirizzo abituale)

\* ☐ OPERAIO \* ☐ IMPIEGATO \* ☐ APPRENDISTA

(Indicare il datore di lavoro, il relativo indirizzo ed il settore economico, industria, commercio, agricoltura, ecc.)

\* ☐ STAGIONALE \* ☐ DISOCCUPATO O SOSPESO SENZA TRATTAMENTO DI CASSA INTEGRAZIONI GUADAGNI (Indicare l'ultimo datore di lavoro e relativo indirizzo)

\* ☐ LAVORATORE AGRICOLO, iscritto nell'elenco anagrafico del Comune di \_\_\_\_\_

\* ☐ LAVORATORE AUTONOMO (artigiano, commerciante, colt. dir., mezzadro o colono)

L'incapacità lavorativa è stata causata da:

Infortunio sul lavoro \* ☐ SI \* ☐ NO Terzi (es. incidente stradale) \* ☐ SI \* ☐ NO

\* Barrare la voce che interessa.



CERTIFICAZIONE

SEDE MODUGNO

BITTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

REGIONE PUGLIA - U.S.L. Ba/12

REGIONE Puglia - U.S.L. Ba/12

BITTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

SEDE MODUGNO

CERTIFICATO N° 126015

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

Roma Polillo (cognome e nome) 11701836401 (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. 3

(la prognosi clinica comprende il giorno di redaz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 28.12.88

\* ☐ Inizio malattia \* ☒ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☒ NO

Data 28.12.88

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO  
199/3 Dr. GIUSEPPE DI GIACIA

funzione influenza

essere recapitato o trasmesso a mezzo  
il datore di lavoro e alla U.S.L. nella cui  
to entro i due giorni successivi a quello

LAVORATORE

Regione Puglia U.S.L. Ba/12

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

SEDE MODUGNO

CERTIFICATO N° 126020

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'U.S.L. a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

R. Rouselle 11201836401  
(cognome e nome) (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. 3

(la prognosi clinica comprende il giorno di redazione del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 2-1-89

\* ☐ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☒ SI \* ☐ NO

Data 2-1-89

1989 FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Diagnosi frattura in ungue

B) Riquadro da compilarsi esclusivamente a cura del lavoratore assicurato con l'INPS

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

Indirizzo durante la malattia (da compilarsi anche se trattasi dell'indirizzo abituale)

\* ☐ OPERAIO \* ☐ IMPIEGATO \* ☐ APPRENDISTA

(Indicare il datore di lavoro, il relativo indirizzo ed il settore economico, industria, commercio, agricoltura, ecc.)

\* ☐ STAGIONALE \* ☐ DISOCCUPATO O SOSPESO SENZA TRATTAMENTO DI CASSA INTEGRAZIONI GUADAGNI (Indicare l'ultimo datore di lavoro e relativo indirizzo)

\* ☐ LAVORATORE AGRICOLO, iscritto nell'elenco anagrafico del Comune di \_\_\_\_\_

\* ☐ LAVORATORE AUTONOMO (artigiano, commerciante, colt. dir., mezzadro o colono)

L'incapacità lavorativa è stata causata da:

Infortunio sul lavoro \* ☐ SI \* ☐ NO Terzi (es. incidente stradale) \* ☐ SI \* ☐ NO

\* Barrare la voce che interessa.

**Regione Puglia - U.S.L. Ba/12**

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO  
**SEDE MODUGNO**

**CERTIFICATO N° 126020**

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'U.S.L. a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS.

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico  
R. Romy Melillo 11201834901  
(cognome e nome) (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. 3  
(la prognosi clinica comprende il giorno di redazione del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 2-1-89  
\* ☐ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☒ SI \* ☐ NO

Data 2-1-89

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

199/3 DI. GIUSEPPE

prot. n. lo del 10.01.1990

**Regione Puglia - U.S.L. Ba/12**

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

SEDE MODUGNO

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

10 GEN. 1990

GIORNO DI RIVOLUZIONE

CERTIFICATO N. 145163

000658

10 GEN. 1990

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltra all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

*Di Rocco, Michele* 11201834601  
(cognome e nome) (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. \_\_\_\_\_

(la prognosi clinica comprende il giorno di redaz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal \_\_\_\_\_

\* ☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☐ NO

Data

1.1.90

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

199/3 Dr. GIUSEPPE DI CARO

Diagnosi

*Arterio-sclerosi*

B) Riquadro da compilarsi esclusivamente a cura del lavoratore assicurato con l'INPS

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

Indirizzo durante la malattia (da compilarsi anche se trattasi dell'indirizzo abituale)

\* ☐ OPERAIO

\* ☐ IMPIEGATO

\* ☐ APPRENDISTA

(Indicare il datore di lavoro, il relativo indirizzo ed il settore economico, industria, commercio, agricoltura, ecc.)

\* ☐ STAGIONALE

\* ☐ DISOCCUPATO O SOSPESO SENZA TRATTAMENTO DI

CASSA INTEGRAZIONI GUADAGNI (Indicare l'ultimo datore di lavoro e relativo indirizzo)

\* ☐ LAVORATORE AGRICOLO, iscritto nell'elenco anagrafico del Comune di \_\_\_\_\_

\* ☐ LAVORATORE AUTONOMO (artigiano, commerciante, colt. dir., mezzadro o colono)

L'incapacità lavorativa è stata causata da:

Infortunio sul lavoro \* ☐ SI \* ☐ NO Terzi (es. incidente stradale) \* ☐ SI \* ☐ NO

\* Barrare la voce che interessa.

Armen Stepanov

prot. n. 887  
del 13.11.1990  
DUP

Regione Puglia - U.S.L. Ba/12

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

SEDE MODUGNO

|                                        |            |
|----------------------------------------|------------|
| COMUNE DI MODUGNO<br>PROVINCIA DI BARI |            |
| 027966                                 | 15 NOV. 90 |
| CERTIFICATO N° 166842                  |            |

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

A. Roux (cognome e nome) 112p1834401 (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. 1 (uno) (la prognosi clinica comprende il giorno di redaz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 12.11.90

\* ☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☐ NO

Data 12.11.90 FIRMA E TIMBRE DEL MEDICO  
189/3 DR. GIUSEPPE DI GIACINTO

Diagnosi l'una blp. / overtemp.

B) Riquadro da compilarsi esclusivamente a cura del lavoratore assicurato con l'INPS

(cognome e nome) (luogo e data di nascita)

Indirizzo durante la malattia (da compilarsi anche se trattasi dell'indirizzo abituale)

\* ☐ OPERAIO \* ☐ IMPIEGATO \* ☐ APPRENDISTA

(Indicare il datore di lavoro, il relativo indirizzo ed il settore economico, industria, commercio, agricoltura, ecc.)

\* ☐ STAGIONALE \* ☐ DISOCCUPATO O SOSPESO SENZA TRATTAMENTO DI CASSA INTEGRAZIONI GUADAGNI (Indicare l'ultimo datore di lavoro e relativo indirizzo)

\* ☐ LAVORATORE AGRICOLO, iscritto nell'elenco anagrafico del Comune di \_\_\_\_\_

\* ☐ LAVORATORE AUTONOMO (artigiano, commerciante, colt. dir., mezzadro o colono)

L'incapacità lavorativa è stata causata da:

Infortunio sul lavoro \* ☐ SI \* ☐ NO Terzi (es. incidente stradale) \* ☐ SI \* ☐ NO

\* Barrare la voce che interessa.

REGIONE PUGLIA - U.S.L. Ba/12  
SEDE MODUGNO  
BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO  
REGIONE PUGLIA - U.S.L. Ba/12  
SEDE MODUGNO  
BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

13.11.1990  
n. 884  
Blp

**Regione Puglia - U.S.L. Ba/12**  
BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO  
SEDE MODUGNO

CERTIFICATO N° 166842

U.S.L. di appartenenza assistito N. \_\_\_\_\_

U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico  
A. Ruffo (cognome e nome) 11701834401 (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. 1 (la prognosi clinica comprende il giorno di redaz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 12.11.90

\* ☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☐ NO

Data 12.11.90

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

199/3 Dr. GIUSEPPE DI CIAULA

Ruffo blp. e / o verit. nunt.

prot. n. 945  
del 6.12.1990  
Gus

Regione Puglia - U.S.L. Ba/12  
BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO  
SEDE MODUGNO

COMUNE DI MODUGNO  
PROVINCIA DI BARI  
030276 - 5 DIC. 90  
CERTIFICATO N° 174968

U.S.L. di appartenenza assistito N. BA/n  
U.S.L. Fuori Regione N. \_\_\_\_\_

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

DI RONZO F. G. 11201834401  
(cognome e nome) (numero libretto)

Prognosi clinica di gg. UNO  
(la prognosi clinica comprende il giorno di redaz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 3. XII. 90

☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☐ NO

Data 3. XII. 90

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

[Firma]  
1401301 - 1401302 - 1401303

Diagnosi

colera addominale

B) Riquadro da compilarsi esclusivamente a cura del lavoratore assicurato con l'INPS

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

Indirizzo durante la malattia (da compilarsi anche se trattasi dell'indirizzo abituale)

\* ☐ OPERAIO \* ☐ IMPIEGATO \* ☐ APPRENDISTA

(Indicare il datore di lavoro, il relativo indirizzo ed il settore economico, industria, commercio, agricoltura, ecc.)

\* ☐ STAGIONALE \* ☐ DISOCCUPATO O SOSPESO SENZA TRATTAMENTO DI CASSA INTEGRAZIONI GUADAGNI (Indicare l'ultimo datore di lavoro e relativo indirizzo)

\* ☐ LAVORATORE AGRICOLO, iscritto nell'elenco anagrafico del Comune di \_\_\_\_\_

\* ☐ LAVORATORE AUTONOMO (artigiano, commerciante, colt. dir., mezzadro o colono)

L'incapacità lavorativa è stata causata da:

Infortunio sul lavoro \* ☐ SI \* ☐ NO Terzi (es. incidente stradale) \* ☐ SI \* ☐ NO

\* Barrare la voce che interessa.



Diagnosi:

Data:

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

☒ Inizio malattia ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. ☐ SI ☐ NO

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal

3.XII.60

Prognosi clinica di gg.

UNO

Prognosi clinica di gg.

UNO

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal

3.XII.60

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

Regione Puglia - U.S.L. Ba/12

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

SEDE MODUGNO

REGIONE PUGLIA - U.S.L. Ba/12

CERTIFICATO N° 174968

71.11.18.60  
reg. n. 345  
del 11.12.1960

Regione Puglia - U.S.L. Ba/12

BITETTO - BINETTO - BITRITTO - GRUMO - MODUGNO - SANNICANDRO - TORITTO

SEDE MODUGNO

U.S.L. di appartenenza assistito N.

BA/12

U.S.L. Fuori Regione N.

CERTIFICATO N° 174968

Da recapitare o trasmettere all'USL a cura del lavoratore per il successivo inoltro all'INPS

A) Riquadro da compilarsi a cura del medico

DIRONZO F.W./12 1161834401

(cognome e nome)

(numero libretto)

Prognosi clinica di gg.

UNO

(la prognosi clinica comprende il giorno di redaz. del certificato)

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal

3.XII.60

\* ☒ Inizio malattia \* ☐ Continuazione Ricad. di malattia preced. \* ☐ SI \* ☐ NO

Data

3.XII.60

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Dott. G. MAUROGGIOVANNI

1.4036.6 MEDICO CHIRURGO

**Dott. Antonio Mastandrea**

Medico Chirurgo

Spec. in Igiene e Medicina Preventiva

70026 MODUGNO (BA)

Studio: Via G. Di Vittorio, 14 - Tel. (080) 55.51.532

Si riceve per appuntamento

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| COMUNE DI MODUGNO  |             |
| 030148             | - 3 DIC. 92 |
| CAT. .... CL. .... | FASC. ....  |

*Modugno 2/12/92*

*L'artefice di tale 5<sup>a</sup> e Rouso  
Filippo e' affetto da leucopatia  
cutanea.*

*Proprio presso questo S.C.*

*Luigi Fedeli*  
*[Signature]*

*07/12/92*  
*[Signature]*

*[Signature]*

A

**Dott. Antonio Mastandrea**

Medico Chirurgo

Spec. in Igiene e Medicina Preventiva

70026 MODUGNO (BA)

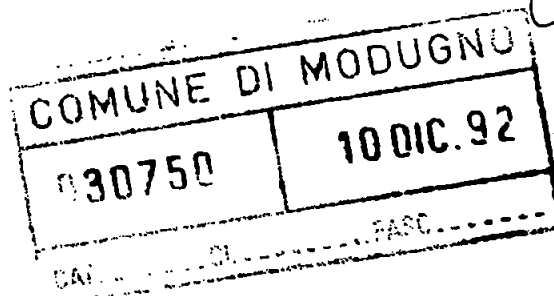
Studio: Via G. Di Vittorio, 14 - Tel. (080) 55.51.532

Si riceve per appuntamento

Modugno 7/12/92

Si certifica che le Sig. le & Paolo  
Filipe e' affetto da codice addominale  
maciamento per un peso pari 6 (sei) sc  
& di nuovo del 6/12/92

Lu. Fedeli  
An



d. d. v.  
10/12/92  
M

Dott. ANTONIO MASTANDREA  
Medico Chirurgo  
Studio: Via G. Di Vittorio, 14 - Tel. 5551532  
Modugno (Ba)  
Si riceve per appuntamento

V  
Rodrigo 3/2/93

Si certifica che la sig<sup>ra</sup> Dr. Rocco  
Filippo è affetta da edema  
abdominale - Proprio per  
uno (e) sc.

L. F. F.

PAV  
ai/02/93  
JL

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| COMUNE DI MODUGNO |             |
| 002890            | - 4 FEB. 93 |

Dott. ANTONIO MASTANDREA

MEDICO CHIRURGO

Studio: Via G. Di Vittorio, 14

Tel. 555.15.32

si riceve per appuntamento

MODUGNO  
COMUNE DI MODUGNO

005402

02 MAR. 93

Si certifica che la signora Randa  
Filippe è affetta da un  
diabete. Prescritto per  
Ser 6 / S.C

Prod. 48  
del 2.03.93

Le Fede  
Orl

UNITÀ SANITARIA LOCALE BARI/11  
OSPEDALE «DI VENERE»  
BARI - CARBONARA

14-07-93

DIVISIONE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
Responsabile: Dott. Filippo PARTIPILO

Si certifica che la ratura  
di RAZZO FICCARO è effetto della  
"Amenia" che ha interruzione  
in II fase alla 11<sup>a</sup> settimana.  
Necessita di 11 giorni di  
riposo.

16/07/93

UNITÀ SANITARIA LOCALE  
BARI  
OSPEDALE DI VENERE  
DIV. OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
Dott. Claudio Tripodo

prot. n. 134  
del 15-07-93

|                   |            |            |
|-------------------|------------|------------|
| COMUNE DI MODUGNO |            |            |
| 017980            | 15 LUG. 93 |            |
| CRT .....         | CL .....   | FASC ..... |

Spett.le Commissione  
Straordinaria

Sede

|                   |            |            |
|-------------------|------------|------------|
| COMUNE DI MODUGNO |            |            |
| 017984            | 15 LUG. 93 |            |
| CAT .....         | CL .....   | FASC ..... |

La sottoscritta Dr. Rouco Helpe dipendente  
Comunale in servizio c/o il Centro Aperto  
per Anziani chiede di essere poste in  
aspettative per gestazioni e partore  
a partire dal 28.07.93, come da  
certificato medico allegato, essendo lei  
data presumibile del parto il 24.08.93.

Distintamente

Modugno 15.07.93

Dr. Rouco Helpe

CLINICA LOCALE BARI/11  
SPEDALE «DI VENERE»  
BARI - CARBONARA

14.04.1963

DIVISIONE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
Responsabile: Dott. Filippo PARTIPILO

Si certifica che la signora  
di R. M. B. FILIPPA, nata a  
M. S. (BA) il 03.03.63  
è giunta alla 29ª settimana.  
Nata prematura da parto e  
tenore 27.04.1963-

L. V. L.  
Claudio B. L.

prof.



Prot. 387

del 29. 4. 94

Dr. VITO STRAGAPEDE  
Medico Chirurgo  
Specialista in Pediatria  
Preventiva e Puericultura  
Perfezionato in Allergologia  
ed Immunologia Pediatrica  
Studio: Via XX Settembre, 73  
Modugno (Ba) - Tel. 5552989

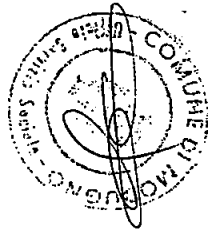
28/4/94

Si certifica che il piccolo  
Di Rocco Giuseppe nato il 24/3/93  
è affetto da Urticaria per cui  
deve essere di esclusiva competenza  
Dottore per giorni (2) r.e.

DI RONZO

FILIPPA

Vito Stragapede



|                   |            |
|-------------------|------------|
| COMUNE DI MODUGNO |            |
| 011804            | 29 APR. 94 |
| CAT               | CL FASC    |

detrazione I.g. al 30%

prot. 471  
17.5.94

Allo Commissione Straordinaria  
del Comune di  
Modugno

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| COMUNE DI MODUGNO |           |
| 013906            | 18 MAG 94 |
| AT                | CL FASC   |

La sottoscritto Di Rocco G. Lipe, difendente  
comunale in servizio c/o il Centro Aperto  
per Anziani chiede alle Sr. Gel. un. di  
poter usufruire di n. 3 gg di congedo  
straordinario con decorrenza del 17.05.94  
per sopraggiunti motivi familiari come  
da certificato ospedaliero allegato alle  
presenti.

§

Distinti saluti  
Di Rocco G. Lipe

N.º.  
cf

de Trozian  
1° g. d 30%

PUGLIA  
BARI  
9  
SANITARIA LOCALE

# PRESIDIO OSPEDALIERO

«CONSORZIALE - POLICLINICO»

BARI - Piazza Giulio Cesare, 11

ISTITUTO DI CLINICA ORTOPEDICA DELL'UNIVERSITA'

Direttore Prof. G. B. SOLARINO

|           |   |            |        |
|-----------|---|------------|--------|
| Telefoni: | { | DIREZIONE  | 228763 |
|           |   | CENTRALINO | 384088 |
|           |   | PORTINERIA | 717    |

70124 Bari,

13.5.94

Si certifica che la signora  
Scardicchio Rosa, affetta da  
Coxarthrosi, è ricoverata presso  
quest'istituto con diagnosi clinica  
e di artroprotesi d'anca.

Si rilascia per gli usi consentiti.

G. Solarino

Prof. 788

del 13.09.94

**Dott. Antonio Mastandrea**

Medico Chirurgo

Spec. in Igiene e Medicina Preventiva

70026 MODUGNO (BA)

Studio: Via G. Di Vittorio, 14 - Tel. (080) 55.51.532

Si riceve per appuntamento

|                   |         |      |
|-------------------|---------|------|
| COMUNE DI MODUGNO |         |      |
| 024935            | 13SET94 |      |
| CIT               | EL      | FRSE |

*Roddy 9/9/94*

*Certifico di S. Paolo Filippo  
e' affetto da leucemia  
cut. Propos. grav. 5/ang. 12*

*fr. F. 12*



*8*

*[Signature]*

*de trazione 1° f. d. 30%*

Protocollo: 834  
05.10.94

Dr. Vito Stragapede

Medico Chirurgo  
Specialista in Pediatria Preventiva  
e Puericultura  
Perfezionato in Allergologia  
ed Immunologia Pediatrica

70026 MODUGNO (BA)

Studio: Via XX Settembre, 73 - Tel. (080) 53.21.558

COMUNE DI MODUGNO

027360

060TT94

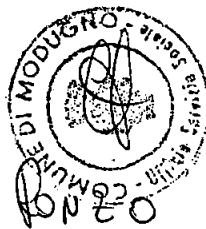
CAT

CL

FASC

5/10/94

L'entità del focolare  
Di cui free - Gruppo dato il 21/10/94  
e effetto da data estenua c.v.  
In cui duecento di es. due  
Cin di due dotare per pirozite



PER AL RENTO

Dr. VITO STRAGAPEDE  
PEDIATRA  
Cod. Reg. N. 14068.5

§

detrazione 1° e al 30%

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI  
ISTITUTO DI PEDIATRIA CLINICA E SOCIALE  
DIVISIONE CLINICA PEDIATRICA II

Direttore: Prof. N. Pignatelli  
Tel. 080/5227527

REGIONE PUGLIA  
BARI  
UNITÀ SANITARIA LOCALE 9

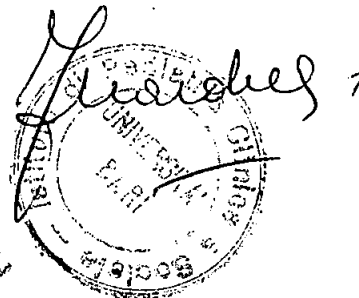
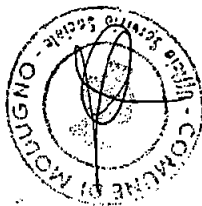
PRESIDIO OSPEDALIERO  
«CONSORZIALE» - POLICLINICO  
BARI - Piazza Giulio Cesare, 11

|                   |         |      |
|-------------------|---------|------|
| COMUNE DI MODUGNO |         |      |
| 029013            | 200TT94 |      |
| CAT               | CL      | FASC |

Bari, 19-10-94

Si certifica che la signora  
Di Ronzo Filippa è ricoverata  
in accompagnamento del figlio  
Di Ronzo Giuseppe presso la  
Clinica Pediatrica II dal 15-10-94  
a tutt'oggi.

Si rilascia su richiesta per gli  
usi consentiti.



COMUNE DI MODUGNO  
029480 250TT94

GLI STUDI DI BARI  
PEDIATRIA CLINICA E SOCIALE  
PEDIATRIA CLINICA PEDIATRICA II

Direttore: Prof. N. Rigillo  
Tel. 080/5227527

REGIONE PUGLIA  
BARI  
UNITA' SANITARIA LOCALE 9

PRESIDIO OSPEDALIERO  
«CONSORZIALE» - POLICLINICO  
BARI - Piazza Giulio Cesare, 11

|                   |         |      |
|-------------------|---------|------|
| COMUNE DI MODUGNO |         |      |
| 029480            | 250TT94 |      |
| CAT               | CL      | FASC |

Bari, 22.10.84

Si certifica che la sig.ra Di Rando  
Filipe ricoverata in ricovero  
del figlio Di Cinque Giuseppe presso  
il Rep. Ricoveri della 2<sup>a</sup> Clinica  
Pediatrica viene dimessa in data  
solenne.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla  
legge.



ISTITUTO POLICLINICO PUGLIA  
Direttore: *[Signature]*

0324780 52011  
0324780 52011  
COMUNE DI MODUGNO

**Vito Stragapede**  
Medico Chirurgo  
Specialista in Pediatria Preventiva  
e Puericoltura  
Perfezionato in Allergologia  
ed-Immunologia-Pediatria  
70026 MODUGNO (BA)  
Studio: Via XX Settembre, 73 - Tel. (080) 53.21.558

|                   |         |      |
|-------------------|---------|------|
| COMUNE DI MODUGNO |         |      |
| 029480            | 250TT94 |      |
| CAT               | CL      | FRSC |

24/10/83

Si certifica che il piccolo  
Di Ci-ppe Giuseppe nato il 24/8/83  
ricoverato presso il reparto lettere della  
2° Clinica pediatrica fino al 24/10/83  
per lesioni acute ipso plottice  
decise di essere in stato di  
ben oltre. Ci-ppe fino a partire  
dal 23/10/83 r.c.

Il padre



Dr. VITO STRAGAPEDE  
PEDIATRA  
Cod. Reg. N. 14068-2



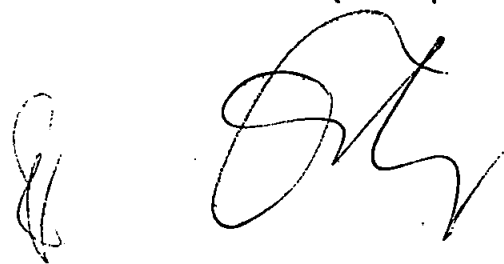
Dott. ANTONIO MASTANDREA  
Medico Chirurgo  
Specialista in Igiene  
e Medicina Preventiva  
Studio: Via G. Di Vittorio, 14  
Tel. (080) 55.51.532  
Si riceve per appuntamento  
70026 MODUGNO (BA)

|                   |         |      |
|-------------------|---------|------|
| COMUNE DI MODUGNO |         |      |
| 000669            | 10GEN95 |      |
| CAT               | CI      | FASC |

Modugno 3/1/95

Certifico che la Sig<sup>ra</sup> Di Paolo Filippa  
è affetta da diabete insulino.  
Dopo 5 anni (5/5 c)

La Fam.



prot. n. 23  
del 8.01.94

alc. Inazio  
1/1/95

**Dott. Antonio Mastandrea**

Medico Chirurgo  
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

70026 MODUGNO (BA)

Studio: Via G. Vittorio, 14 - Tel. (080) 53.55.532

Si riceve per appuntamento

Prot. n. 1331  
del 28-11-95

*Giadup 28/11/95*

*Certifico che la Parola Filippo  
è affetto da polio  
con artroscopia  
per gon. tra (3/5.c)*

*Dr. F. Fedi*

*[Signature]*

V.F. del 29-11-95

*Sm*

|                   |           |      |
|-------------------|-----------|------|
| COMUNE DI MODUGNO |           |      |
| 039536            | 29 NOV 95 |      |
| CRT               | CL        | FRSC |

*[Signature]*

DE DI BARI  
S. L. - BARI/12

Servizio Medicina Legale

Sig. D. Rocco Filipe Cod. Reg. 7  
Abitante in M. Lupo Via J. P. Lupo n. 7  
dipendente Azienda Matr. INPS.  Via   
Ente sopraindicato  n.  Città

☒ Visita domiciliare ☐ Accesso ☐ Visita ambulatoriale  
Attesto che il lavoratore sopra specificato, oggi 30/11/85 alle ore 11.02

- A)
- ☐ è stato da me visitato e giudicato in condizioni di riprendere lavoro il
  - ☐ è stato da me visitato e giudicato in condizioni di non poter lavorare: prognosi di gg. 10 da oggi
  - ☐ è stato altresì invitato a nuova visita di controllo in ambulatorio per il

Firma del lavoratore per presa visione  
e ricevuta di copia del presente referto  
e dell'eventuale invito a nuova visita

D. Rocco Filipe

(Eventuale osservazione del lavoratore)

Il Medico

(timbro e firma)

- B)
- ☐ risulta sconosciuto all'indirizzo sopra indicato
  - ☐ non si è presentato a visita ambulatoriale (estremi dell'eventuale raccomandata a.r. di invito: racc. n.  del )
  - ☐ non è stato da me visitato in quanto all'indirizzo sopra indicato non ha risposto nessuno
  - ☐ è assente all'indirizzo sopra indicato
- Lasciato invito a visita di controllo per il

Firma per ricevuta dell'invito per il  
lavoratore a visita di controllo

000157 12 GEN 86

CAT CL FASC

Il Medico

☐ familiare maggiore di anni 14  
☐ portiere dello stabile  
☐ nella cassetta delle lettere

Arrivo 27/11/85

Consegnata al Prot.

il 2/01/86

(timbro e firma)

- C)
- ☐ Controllo da addebitare
  - ☐ all'INPS
  - ☐ al datore di lavoro

(L.  per  L.  per )  
per  L.  per

Protocollo : M 1360  
del 5.11.95

**Dott. Antonio Mastandrea**

Medico Chirurgo

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

70026 MODUGNO (BA)

Studio: Via G. Vittorio, 14 - Tel. (080) 53.55.532

Si riceve per appuntamento

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| COMUNE DI MODUGNO |           |
| 040380            | 05 DIC 95 |
| CL                | PRSE      |

*Modugno 1/12/95*

*Certifico che il Dr. Antonio Mastandrea  
è il medico che ha eseguito la  
prelievo con probabili lesioni  
proprie per questo (4/5) e*

*Dr. Mastandrea*  
*OK*



**Dott. MASTANDREA ANTONIO**  
**MEDICO CHIRURGO**  
**N° REG. 14075/4**

*9*

# AZIENDA SANITARIA LOCALE BA/4

## SEDE BARI

Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
Medicina Legale - Igiene e Sicurezza  
del Lavoro

Via Imbriani, 47,- Modugno

Prot.N. 2983  
Risp.al foglio n.....  
del.....

Modugno, li 27-12-95

Oggetto: VISITA FISCALE  
DI RONZO FILIPPA in  
D' Cinque

Al Sindaco  
Comune di  
MODUGNO

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| COMUNE DI MODUGNO |           |
| 001903            | 17 GEN 96 |
| CAT               | CL        |

In risposta alla Vs. richiesta del 4-12-95, si comunica che  
non è stato possibile sottoporre a visita fiscale il dipendente in og  
getto per la temporanea carenza del personale medico addetto al servizio.



RESPONSABILE SERVIZIO IGIENE PUBBLICA  
(Dott. Francesco Paolo Pignatelli)

*[Handwritten signature]*

*collegare al certificato relativo*

Arrivo 15/1/96

Consegnata al Prot. ....

14/1/96

Medico Chirurgo  
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva  
70026 MODUGNO (BA)  
Studio: Via G. Vittorio, 14 - Tel. (080) 53.64.11  
Si riceve per appuntamento

003421

31 GEN 96

3.651532

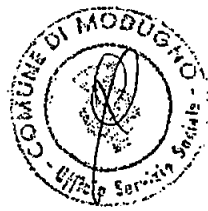
FASC

Protocollo: 271  
del 31.01.96

32 C. F. FISC

*Revised 29/1/86*

Conf. 14 1954 L. Rovers  
 F. L. e' effetto da  
 l'auto sostit. cent.  
 p. g. 6 (ser.) S.C  
 14 7



1/14/2014

V. F. del 31-1-96

9

dicato;  
ficato:  
per il

COGLIO N. \_\_\_\_\_

Sped. 15-3-96

Gralica Reventino - Mod. IP/67

REGIONE PUGLIA  
UNITÀ SANITARIA LOCALE BA/84

~~BIRONTI PALO DEL COLE~~

SERVIZIO VISITE FISCALI

Ref. Med. Leg. e Prot. n. 410 /V.F./08

risposta a \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ /Prot.

Pervenuta il \_\_\_\_\_, ore \_\_\_\_\_

Spett./le \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

COMUNE DI MODUGNO

(c.a.p.)

010728

01 APR 96

☐ VISITA AMBULATORIALE

☒ VISITA DOMICILIARE

(Tel. \_\_\_\_\_)

ESITO VISITA MEDICO-FISCALE:

si attesta che il/la lavorat. Di RONZO Filipe

abitante in Modugno (BA) alla Via San Pietro

alle ore 11,00 del giorno 03-02-1996 è stato da me visitato e:

Arrivo 23/3/96

Consegnata al Prot. 2

☒ giudicato in condizioni di riprendere il lavoro

il 04-02-1996;

☐ ritenuto impossibilitato a riprendere il lavoro:

PROGNOSI dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

☐ risultato sconosciuto all'indirizzo sopra indicato;

☐ risultato assente all'indirizzo sopra indicato:

pertanto si convoca \_\_\_\_\_ stesso per il

giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

c/o l'Ambulatorio di codesta U.S.L. \_\_\_\_\_

Di Ronzo Filipe

(firma del Lavoratore)

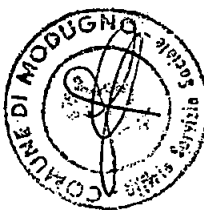
Dott. \_\_\_\_\_

(firma del Medico Fiscale)

Protocollo: 322  
del 6.2.96

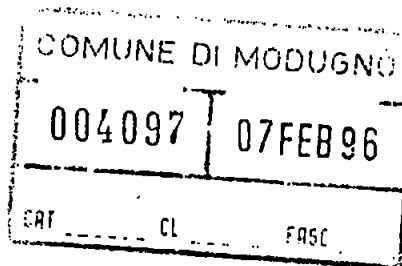
Modugno 8/2/96

Certifico che il Pardo Filippo  
è affetto da leucosarcoma  
acuto. Dopo un periodo di  
e decorre dal 4/2/96



Dr. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
N° REG. 1.4075/4

Richiesta  
U.F. p. 8/2/96  
da 11.50  
R.f. 545



Mod. IP/67

UENO

N.

AMBULATORIALE  
DOMICILIARE

29/3/96

nota al Prot.

n. 10

o all'indirizzo sopra indicato;

all'indirizzo sopra indicato;

a ..... stress ..... per il

ore

i codesta U.S.L.

di Fisco)



Sped. 19-3-96

REGIONE PUGLIA  
UNITÀ SANITARIA LOCALE BA/4  
BITONTO

Spett./le COMUNE  
MODUGNO

## SERVIZIO VISITE FISCALI

Ref. Med. Leg. e Prot. n. 545 /V.F./08

risposta a n. /Prot.

Pervenuta il ore

Via  
COMUNE DI MODUGNO

010728 01 APR 96 (c.a.p.)

CAT CL FASC

☐ VISITA AMBULATORIALE☐ VISITA DOMICILIARE

(Tel. )

## ESITO VISITA MEDICO-FISCALE:

si attesta che il/la lavorat. DI ROVZO FILIPPAabitante in MODUGNO (BA) alla Via S. DORSOalle ore 18 15 del giorno 08/02/96 è stato da me visitato e:Arrivo 28/3/96Consegnata al Prot. n. 10☐ giudicato in condizioni di riprendere il lavoro

Note:

il

☐ ritenuto impossibilitato a riprendere il lavoro:

PROGNOSI dal

al gg☒ risultato sconosciuto all'indirizzo sopra indicato;☐ risultato assente all'indirizzo sopra indicato:pertanto si convoca 1 stess. per il

giorno ore

c/o l'Ambulatorio di codesta U.S.L.

(firma del Lavoratore)

Dott.

(firma del Medico Fiscale)

Modugno 11/6/96

Protocollo:  
del 12.06.96

|                   |         |
|-------------------|---------|
| COMUNE DI MODUGNO |         |
| 018644            | 12GIU96 |
| CAT               | CL      |
| FASC              |         |

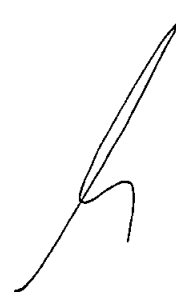
Certifico che il pondo Filippo  
è affetto da polmonite acuta febbrile  
proprio già quattro (4) s.c.



*Luigi*  
Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
N° REG. 1.4075/4

Via S. Pietro n. 7

V. F. del 13-6-96



# AZIENDA SANITARIA LOCALE BA/4

Sede: BARI

Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
Medicina Legale - Igiene e Sicurezza del Lavoro  
Via Imbriani, 47 - Modugno  
Tel. 080-5323563

N. 19h L Prot.

COMUNE DI MODUGNO

023948

25 LUG 96

70032

Addi

13-7-96

19

In data

13-6-96

CAT

CL

FASC

Comune Modugno

OGGETTO: Esisto VS/Medico-

fiscale dipendente:

Di Ranzo Filippo

Allig. N. ....

Si riscontra la nota a margine per far presente che non è stato possibile effettuare la visita di controllo nei riguardi del nominato in oggetto, per la motivazione appresso elencata:

- a) - per momentanea carenza di personale medico disponibile;
- b) - altre: \_\_\_\_\_

Ad ogni buon fine si fa presente, altresì, che per il periodo di malattia in questione, può essere richiesta visita medico-fiscale ORA PER ALLORA, allegando alla predetta richiesta la fotocopia del certificato medico del dipendente in questione completo di diagnosi e prognosi.



IL DIRIGENTE SANITARIO  
(Dr. Francesco PIGNATARO)

Arrivo 25/7/96

Consegnata al Prot. 25/7/96

Prot. n. 1899 del 21.11.96

**Dott. Antonio Mastandrea**

Medico Chirurgo

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

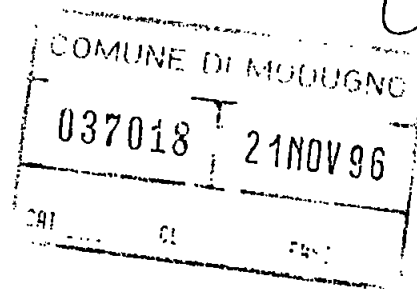
70026 MODUGNO (BA)

Studio: Via G. Vittorio, 14 - Tel. (080) 53.55.532

Si riceve per appuntamento

*Modugno 19/11/96*  
*Certifico che D. Lando Filippa*  
*è affetto da lombalgie acute.*  
*Prescritto giorni due (2) s-c*

*Luigi Zedek*  
*[Signature]*



*[Signature]*

Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
N° REG. 1.4075/4

*Modugno 9/1/97*  
*Cefalea del Dr. Rocco Filipe e*  
*effetti di somministrazione*  
*per gran due (2) s.c.*

|                   |           |      |                                                                 |
|-------------------|-----------|------|-----------------------------------------------------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |           |      |                                                                 |
| 000886            | 13 GEN 97 |      |                                                                 |
| CAT               | CLAS      | FASC | Dott. MASTANDREA ANTONIO<br>MEDICO CHIRURGO<br>N° REG. 1.4075/4 |

*Dr. Filipe*

*prot. 35*  
*del 13/01/97*

*229 w*

*[Signature]*

3

V.F. de 14-1-97

Dr. MASTRANTONIO  
MEDICO - CHIURICO  
Nº REG. 140754

*Proprietà di Antonio Mastantonio  
e della famiglia Mastantonio  
Proprietà di Antonio Mastantonio*

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| COMUNE DI MONTENAPOLEONE |         |
| Nº REG. 140754           |         |
| 001343                   | 1606197 |

*Modugno 14/1/97*  
ore 16-01-97  
ore 16-01-97

Foglio N. \_\_\_\_\_

REGIONE PUGLIA  
UNITÀ SANITARIA LOCALE

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| COMUNE DI MODUGNO |           |
| BA/4              | Spazio    |
| 006558            | 14 FEB 97 |
| VCF/08            | CLAS      |
| FRSC              | (c.a.p.)  |

Comune Modugno

SERVIZIO VISITE FISCALI

Ref. Med. Leg. e Prot. n. 152

risposta a \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ /Prot. 14/1?

Pervenuta il \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

☐ VISITA AMBULATORIALE  
☒ VISITA DOMICILIARE  
 (Tel. \_\_\_\_\_)

## ESITO VISITA MEDICO - FISCALE:

 si attesta che il/la lavorat Di Ronto Filippo  
 abitante in Modugno (BA) alla Via S. Pietro, n. 7  
 alle ore 18,30 del giorno 14/1/97 è stato da me visitato e:

☐ giudicato in condizioni di riprendere il lavoro  
 il \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

☒ ritenuto impossibilitato a riprendere il lavoro:
PROGNOSI dal 14/1/97al 18/1/97 gg. 5
 Sig. Di Ronto Filippo  
 (firma del lavoratore)

☐ risultato sconosciuto all'indirizzo sopra indicato

☐ risultato assente all'indirizzo sopra indicato

pertanto si convoca \_\_\_\_\_ stesso per il \_\_\_\_\_

giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

c/o l'Ambulatorio di codesta U.S.L.

 Dott. Antonio Fucile  
 (firma del Medico Fiscale)

Archivio 1/1/97

prot. n. 55  
del 25.02.97

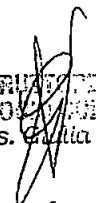
Radiologia Osp. Modugno  
24/2/97

|                   |           |      |
|-------------------|-----------|------|
| COMUNE DI MODUGNO |           |      |
| 007819            | 26 FEB 97 |      |
| CAT               | CLAS      | FASC |

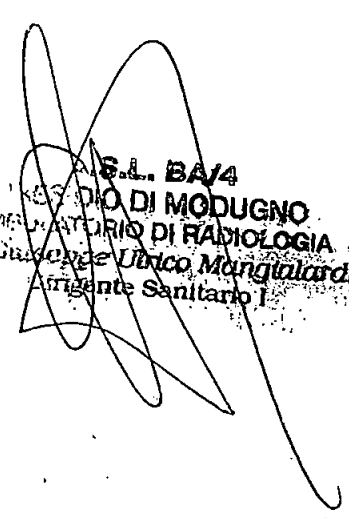
Si certifica che la Sig.ra

di Roberto Filippa ha eseguito  
presso questo presidio Ospedaliero  
un esame radiografico della B  
alla ore 11

Si rilascia per gli usi di legge

  
L'ISTRUTTORE DIRETTIVO  
SOTTOSCRIVIBILE  
Ins. Emilia Valentini

25/2/97

  
A.S.L. BA/4  
OSPEDALE DI MODUGNO  
LABORATORIO DI RADIOLOGIA  
Giuseppe Ubrico Mangialardi  
Fisico Sanitario I



Dott. ANTONIO MASTANDREA  
MEDICO CHIRURGO  
Via Giuseppe Di Vittorio, 16 - Tel. 568936  
MODUGNO (Ba)

|                   |           |      |
|-------------------|-----------|------|
| COMUNE DI MODUGNO |           |      |
| 014006            | 17 APR 97 |      |
| CAT               | CLAS      | FASC |

*Modugno 15/4/97*

*Certifico che Dr. Rocco Filipe è affetto  
da lombosciatalgia acuta. Dopo  
gravi guai (4) s.c. L. Filipe*

Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
M. Reg. 14075/4

LIVIA ZUCCHETTI  
SOS. COMUNALE  
Irs. Lucia Valentini

*17/4/97*

*PPS*



Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

|                      |       |      |
|----------------------|-------|------|
| COMUNE<br>DI MODUGNO |       |      |
| 000379. 08 GEN 98    |       |      |
| CAT                  | CLASS | FASC |

*Modugno 8.1.98*  
Certifico che il *Rando Filippe* e'  
affetto da *lombosciatalgia* acuta  
per *goni. ser. (6/5.c)*

L'ISTRUTTORE DIRETTIVO  
SOCIO CULTURALE  
Ins. *Giulia Valentini*

*2/1/98*

*228*  
*MF*  
*me*

*quindi*  
*A*

Dott. MASARONEA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

Modugno 31/1/98

Certifico che il Rendo Filippo  
è affetto da Brucella abortus  
febrili. Prof. gen. 1.4075/4

|                      |           |      |
|----------------------|-----------|------|
| COMUNE<br>DI MODUGNO |           |      |
| 003782               | 05 FEB 98 |      |
| CAT                  | CLASS     | FASC |

228 M  
M

**Dott. MASTANDREA ANTONIO**  
**MEDICO CHIRURGO**  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

*Modugno 3/4/98*

*Certifico che la Randa Filippa  
è affetta da treacher pranditi  
acute. Prof. per. Angue (5/98)*

*La Frade*

**Dott. MASTANDREA ANTONIO**  
**MEDICO CHIRURGO**  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

*Visto*

**IL DIRIGENTE**  
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE  
Avv. ANGELA STRAZIOTA

*22P W*

|                      |       |         |
|----------------------|-------|---------|
| COMUNE<br>DI MODUGNO |       |         |
| 010600               |       | 06APR98 |
| CAT                  | CLASS | FASC    |

Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

Modugno 14/4/98

Certifico che il Razzo F. b/p  
è affetto da brucellosi e  
per la g. sette (7) e di conseguenza  
12/4/98

Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

229 W

|                       |       |           |
|-----------------------|-------|-----------|
| COMUNE<br>DI MODUGLIO |       |           |
| 011828                |       | 16 APR 98 |
| CAT                   | CLASS | FASC      |

MP

Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

COMUNE  
DI MODUGNO

012389 21 APR 98

*Modugno 20.4.98*

*Cert. class. Rondo F. b. 1/2  
e affette che hanno avuto  
stipite. Pignori per pignori.  
(15) 50 a el comune 20/18.4.98*

*Le Feb  
[Signature]*

229

IL DIRETTORE  
VI° SETT. TURALE  
AVV. ANTONIO ZIOTA

L'ISTRUTTORE DIRETTIVO  
SOCIO ECONOMICO  
Ins. Giulia Valentini

21/04/98

*V.F.*

Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

Modugno 8.4.98

Certifico che la Ronda Philippe  
è affetta da broncopneumonia acuta  
febrile. per far posto (4) s.c.

|                      |         |      |
|----------------------|---------|------|
| COMUNE<br>DI MODUGNO |         |      |
| 011353               | 10APR98 |      |
| CAT                  | CLASS   | FASC |

Luigi Fico  
Sly

**VISIO**  
IL DIRIGENTE  
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE  
Avv. ANGELA STRAZIOTA

226 W

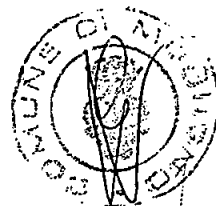
Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

Vadepus 27.10.98

Ortopedico di Antonio Filipe e  
affetto che posticipare a  
per la quattro (4/5) e  
per la

*[Signature]*

IL DIRIGENTE  
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE  
Avv. ANGELA STRAZIOTA



|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |                  |
| Prot. n. 34840    |                  |
| 29 OTT. 1998      |                  |
| Cat. _____        | Clas. _____      |
| Fasc. _____       | Sottofasc. _____ |



Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

228  
ds

Modugno 2.2.99

Certifico che la Ponde Filippi  
è affetta da S. Tubercolosi  
proprio form. Cinghiale (S/S) G  
per Giul

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |                  |
| Prot. n. 6014            |                  |
| - 4 FEB. 1999            |                  |
| Cat. _____               | Clas. _____      |
| Fasc. _____              | Sottofasc. _____ |

Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

IL DIRIGENTE  
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE  
Avv. ANGELA SYRAZIOTA



**Dott. ANTONIO MASTANDREA**  
**MEDICO CHIRURGO**

Studio: Via G. Di Vittorio, 14 - Tel. 080.5355532  
Modugno (Ba)

Si riceve per appuntamento

CB /  
Modugno 21/4/93  
L. Fucini

Certifico che il Pando Filippo è  
affetto da leucemia e  
per la sua cura (s.c.)

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |           |
| Prot. n.                 | 19868     |
| 26 APR. 1993             |           |
| Cat.                     | Cla.      |
| Fasc.                    | Sottosec. |

**IL DIRIGENTE**  
**VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE**  
**AVV. ANGELA STRAZIOTA**



Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

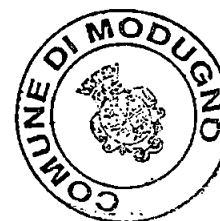
Modugno 23/11/2000

Certifico che la Renda F.lli  
è affetta da un tumore  
pulmonare (c/s c)

|                    |                  |
|--------------------|------------------|
| COMUNE DI MODUGNO  |                  |
| Prot. n. 0956997 ✓ |                  |
| 27 NOV. 2000       |                  |
| Cat. _____         | Clas. _____      |
| Fasc. _____        | Sottofasc. _____ |

Dott. MASTANDREA ANTONIO  
MEDICO CHIRURGO  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

IL DIRIGENTE  
V<sup>o</sup> SETTORE SOCIO-CULTURALE  
Avv. ANGELA STRAZIOTA



**Dott. ANTONIO MASTANDREA**  
**MEDICO CHIRURGO**

Studio: Via G. Di Vittorio, 14 - Tel. 080.5355532  
Modugno (Ba)

Si riceve per appuntamento

*Modugno 28/1/2000*

*Archivio di S. Rocco Filippo e  
offerte di S. Trifunolo - Progeni  
Gen. quattro 14/5-C*

**COMUNE DI MODUGNO**

Prot. n. **5488**

- 2 FEB. 2000

at. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

asc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

VI SETTORE CULTURALE  
ANTICHI E MONUMENTI

*Pessa*

Dott. Antonio MASTANDREA  
Medico Chirurgo  
Spec. In Igiene  
Cod. Reg. 1.4075/4

*Dr. Modugno 2/2/00*  
*Le chiedo che si possa sapere*  
*è affetto da quale malattia*  
*per quanto fanno (se)*

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| COMUNE DI MODUGNO |               |
| Prot. n. 0007151  |               |
| - 6 FEB. 2001     |               |
| Cat. _____        | Clas. _____   |
| Fasc. _____       | Sezione _____ |

*Dr. Modugno*  
*Dr.*

**Dott. ANTONIO MASTANDREA**

Medico Chirurgo

Specialista in Igiene

Studio: Via G. Di Vittorio, 14 - Tel. 080 5355532

MODUGNO (BA)

Si riceve per appuntamento

*Modugno 5/4/2001*  
*Certifico che Dr. Paolo Filippini*  
*de un nome Prof. Giuseppe Filippini*  
*le Filippi*  
*Dr. Filippi*

**IL DIRIGENTE**  
**VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE**  
**AW. ANGELA STRAZIOTA**

**COMUNE DI MODUGNO**

Prot. n. 01816

09 APR. 2001

at. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

asc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

Dr. ANTONIO MASTANDREA  
Medico Chirurgo  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

Modugno 21/11/2001

Certifico che le sig<sup>re</sup> L. Rocco Filippa  
e affette da lombalgia e artrosi  
ortopediche. Proprio per questo  
(s) e decorso dal 30/10/2001

L. Filippa  
G. Filippa

IL DIRIGENTE  
VI° SETTORE SOCIO-CULTURALE  
AVV. ANGELA STRAZIOTA

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 0053010 V

- 8 NOV. 2001

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

Azienda Unità Sanitaria Locale BA/4 - Presidio Ospedaliero "San Paolo"

Contrada Caposcardicchio - 70123 Bari

Servizio di Radiologia

Primario: Prof. Domenico Brindicci



Sezione di Senologia

Responsabile: Dr.ssa Antonietta Ancona

Bari, 6/xi/01

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 2053013V

- 8 NOV. 2001

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

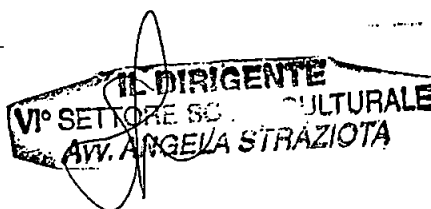
Si certifica che la Sig.ra

Dr. Renzo Filipppe

nata il 3/3/63, ha eseguito nelle ore AN. del giorno 6/xi/01

esami clinico-strumentali.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.



Il Medico

A.U.S.L. B.A. 4  
Ospedale S. Paolo - Contrada Caposcardicchio, 70123 Bari  
Servizio di Radiologia  
SENOLOGIA  
Dr.ssa ANTONIETTA ANCONA  
Chirurgo San Paolo I Liv



Dott. MASTANDREA ANTONIO  
Medico Chirurgo  
Spec. in Igiene  
N. Reg. 1.4075/4

Modugno 21/2/2002 R

Certifico che la Donna Filippa è affetta  
da cancro e cute per. gr. dim. 2/3  
L. Fred  
R

2

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 9269

- 1 MAR. 2002

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

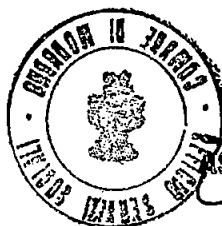
Prot. 401 16/03/02

Dott. MASTANDREA ANTONIO  
Medico Chirurgo  
Spec. in Igiene  
N. Reg. 1.4075/4

Re  
Rodolfo 14/3/2002

Certifico che le Sme. Roubio 7/4/02  
in affetto di S. P. Roubio - 1/4/02  
per - angina (S. P. Roubio)

1/4/02  
R



ASSISTENTE SOCIALE  
(Grazia Macina)

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 00 11277

14 MAR. 2002

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc \_\_\_\_\_

Prot 1643 15/10/02

**Dr. ANTONIO MASTANDREA**

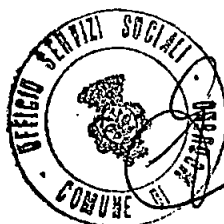
Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

*Modugno 15/10/2002*

*Conferisco che il Sindaco Filippini  
è affetto da impetigine acuta  
per la quale (5/10/02) è  
stato ricoverato in ospedale.*



|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |                  |
| Prot. n. <i>45447</i>    |                  |
| <b>15 OTT. 2002</b>      |                  |
| Cat. _____               | Clas. _____      |
| Fasc. _____              | Sottofasc. _____ |

**Dr. ANTONIO MASTANDREA**

Medico Chirurgo

Spec. in IGIENE

N. Reg. 1.4075/4

*Modugno 4/2/2003*

*Lettera che ha ricevuto Filippo e  
offetto che BPCO si fosse da  
precauzione e l'ho consegnato  
per la guardia (4/se) di*

*[Signature]*

*Prot. 328*

*12 12/01/02*

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |                  |
| Prot. n. 8036     |                  |
| 13 FEB. 2003      |                  |
| Cal. _____        | Cias. _____      |
| Fasc. _____       | Sottofasc. _____ |

IL DIRIGENTE  
VI SETTORE SOCIO CULTURALE  
Dott. Saverio VACCA

*[Signature]*



Dr. ANTONIO MASTANDREA  
Medico Chirurgo  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

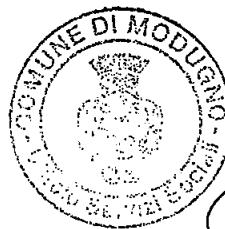
Modugno 6/2/2003

Circolo re la Renda Filippa e  
offerta di ammissione con  
prezzo per cinque (5) sc per  
F. F. F.

Prot. 299

107-02-03

Q



IL DIRIGENTE  
I SETTORE SOCIO CULTURALE  
Dott. Savino VACCA

*[Signature]*

|                   |            |
|-------------------|------------|
| COMUNE DI MODUGNO |            |
| Prot. n.          | 7146       |
| 10 FEB. 2003      |            |
| Cat.              | Clas.      |
| Fasc.             | Sottofasc. |

Dr. ANTONIO MASTANDREA  
Medico Chirurgo  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

Prot. 12/5/2003

Circolo me le G<sup>re</sup> e la Rada Filipe  
e' effetto le lumbelle auro  
Altr. p. ampia (5/5)

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 22436

13 MAG. 2003

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

Per  
Santoro

Prot. n. 1018

13-05-03

Prot. di via Enrico Fermi, 30  
~~Via S. Pietro, 7~~

richiesta visita fiscale rif. n. 1025  
del 15/5/03 riceve sig. re Savino  
ore 12.10.  
RL

PROF. MICHELE OCCHIOGROSSO  
SPECIALISTA IN NEUROCHIRURGIA  
ST.: VIA DELLA RESISTENZA, 188 - TEL. 0805016878  
B A R I

Bari 10/06/03

Prot 1248

R

La Sig. Di Rouzo Filippa operata in data 09/06/03  
di cui è d'iter lombare necessita di 30 di riposo  
=

il cui.

COMUNE DI MODUGNO

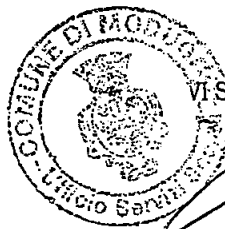
Prot. n. 24408

12 GIU. 2003

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*



IL DIRIGENTE  
VI SETTORE SOCIO CULTURALE  
Dott. Saverio VACCA

*[Handwritten signature]*

Struttura Ospedaliera Privata  
Polispecialistica



Prot 1248

11-06-03

Bari, 10.6.2003

Si attesta che il/la Sig. DI RONZO FILIPPA  
è stato/a ricoverato presso questa Casa di Cura in data 9.6.2003  
ed è stato dimesso in data 10.06.03

Si rende noto che in data.....lo stesso è stato  
sottoposto ad intervento chirurgico.

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

Casa di Cura "ANTHEA"  
UFFICIO ACCETTAZIONE  
Via Camillo Rosalba, 35/37  
BARI



PROF. MICHELE OCCHIOGROSSO  
SPECIALISTA IN NEUROCHIRURGIA  
ST.: VIA DELLA RESISTENZA, 188 - TEL. 0805019878  
B A R I

Bari 30/10/03

R

Prot 2038  
7/10/03

Il sig. Dr. Rinaldo Toffi è affetto da  
un'ulcera gastrica bilaterale e necessita di  
gg. 10 (dieci) di riposo e cura.

IL DIRIGENTE  
SETTORE SOCIO CULTURALE  
Dott. Saverio VACCA

IL DIRIGENTE  
SETTORE SOCIO CULTURALE  
Dott. Saverio VACCA



|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |                  |
| Prot. n.          | 68278            |
| - 8 OTT. 2003     |                  |
| Cat. _____        | Clas. _____      |
| Fasc. _____       | Sottofasc. _____ |

**Dr. ANTONIO MASTANDREA**  
Medico Chirurgo  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

Modugno 18/11/03

Carta che le figlie di Paolo Filipe e  
affetta da emicrania blot,  
per far che a 10/se 1994

Pet. 2391 del 20/11/03

**COMUNE DI MODUGNO**

Prot. n. 56403

20 NOV. 2003

Cat. \_\_\_\_\_ Clas. \_\_\_\_\_

Fasc. \_\_\_\_\_ Sottofasc. \_\_\_\_\_



IL DIRIGENTE  
VI SETTORE SOCIO CULTURALE  
Dott. Saverio MACCA

*[Handwritten signature]*



Prot 2969 del 2/12/03

Dr. ANTONIO MASTANDREA  
Medico Chirurgo  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

Modugno 28/11/03

Certifico che il Rando Filipppe e' affetto  
da amebiochondrosi  
profusa per un' quindicina di giorni

Dr. ANTONIO MASTANDREA  
Medico Chirurgo  
Spec. in IGIENE  
N. Reg. 1.4075/4

DIRIGENTE  
VI SETTORE SOCIO-CULTURALE  
Dott. Salvatore

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |            |
| Prot. n.                 | 58343      |
| - 2 DIC. 2003            |            |
| Cat.                     | Clas.      |
| Fasc.                    | Sottofasc. |