



Dati Protocollo

Numero: 012678 Data: 17/03/2022

Oggetto: RICHIESTA VISITA MEDICO-COLLEGIALE PER ACCERTAMENTO DELLA IDONEITÀ PSICO-FISICA A SVOLGERE LE MANSIONI DEL PROFILO PROFESSIONALE DI ISTR. AMM.VO - CAT.C6 AI FINI DELL'ADOZIONE DELL'EVENTUALE PROVVEDIMENTO DI DISPENSA DAL SERVIZIO - PESOLE REMIGIO

Dati Mittente

Descrizione: Ufficio Giuridico Contabile del Personale Adempimenti Fiscali e Contributivi - Assun. - Cessaz.-Pens

Indirizzo:

Email/PEC: ufficiopersonale.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it

Dati Destinatario

Descrizione: COMMISSIONE MEDICA DI VERIFICA

Indirizzo:

Email/PEC: rts-ba.rgs@pec.mef.gov.it

Dati Certificati

Tipologia ricevuta: **Avvenuta consegna**

Mittente: **ufficiopersonale.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it**

Destinatario: **rts-ba.rgs@pec.mef.gov.it**

Data invio: **17/03/2022**

Ora invio: **10:34**

Errore:



Comune di Modugno
Piazza del Popolo 16
70026 MODUGNO (BA)
080 5865111
comunemodugno@pec.rupar.puglia.it
www.comune.modugno.ba.it

COMMISSIONE MEDICA DI VERIFICA

RTS-BA.RGS@PEC.MEF.GOV.IT

DATI DEL PROTOCOLLO GENERALE



C_F262 - - 1 - 2022-03-17 - 0012678

MODUGNO

Codice Amministrazione: **C_F262**

Numero di Protocollo: **0012678**

Data del Protocollo: **giovedì 17 marzo 2022**

Classificazione: **Non specificata.**

Fascicolo:

Oggetto: **RICHIESTA VISITA MEDICO-COLLEGIALE PER ACCERTAMENTO DELLA
IDONEITÀ PSICO-FISICA A SVOLGERE LE MANSIONI DEL PROFILO
PROFESSIONALE DI ISTR. AMM.VO - CAT.C6 AI FINI DELL'ADOZIONE
DELL'EVENTUALE PROVVEDIMENTO DI DISPENSA DAL SERVIZIO - PESOLE
REMIGIO**

Note:

MITTENTE:

UFFICIO GIURIDICO CONTABILE DEL

MODELLO RICHIESTA VISITA MEDICO COLLEGIALE PER IDONEITA'



CITTA' DI MODUGNO

(Città Metropolitana di Bari)

Prot. n. 12457
Data 16/03/2022

Modugno, 16.03.2022

Alla Commissione Medica di Verifica
Via Demetrio Marin, n.3 - BARI
70125 BARI

E p.c. Al Sig. PESOLE Remigio
Via Genova, n. 1 - Modugno
70026 MODUGNO (BA)

OGGETTO: Sig. PESOLE Remigio, nato a Bari (BA) il 11/07/1961.

Richiesta visita medico-collegiale per accertamento della idoneità psico-fisica a svolgere le mansioni del profilo professionale di Istruttore Amministrativo - Cat. C - Pos. Econ. C6 ai fini dell'adozione dell'eventuale provvedimento di dispensa dal servizio e concessione della pensione di inabilità.

Con la presente s'invita codesta Commissione Medica di Verifica a voler sottoporre a visita medico collegiale il dipendente della nostra Amministrazione: Sig. PESOLE Remigio, per accertarne l'idoneità o meno ad una regolare prestazione del servizio e la durata dell'eventuale infermità con riferimento allo svolgimento di tutte le mansioni del profilo professionale di appartenenza, e ai fini della concessione della pensione di inabilità.

La richiesta di visita medico collegiale è determinata a seguito di istanza dell'interessato acquisita al protocollo dell'Ente n. 12450 del 16.03.2022 (*indicare se viene richiesta a seguito di istanza dell'interessato intesa ad ottenere o l'accertamento dell'idoneità fisica o la dispensa dal servizio oppure se viene chiesta d'ufficio indicare le motivazioni*).

In caso di inidoneità a svolgere mansioni proprie della qualifica o profilo di appartenenza si prega codesto servizio di voler precisare se lo stesso possa essere impiegato o meno in compiti diversi - in tal caso quali, o dispensato dal servizio.

Il dipendente Sig. PESOLE Remigio in servizio presso questa Amministrazione Comunale a tempo indeterminato dal 21/11/1979 a tutt'oggi, con il profilo di "Istruttore Amministrativo - Cat. C - Pos. Econ. C6", ed è in atto dimorante a Via Genova, n. 1 - Modugno, 70026 - MODUGNO (BA), cellulare: 339.7554835.

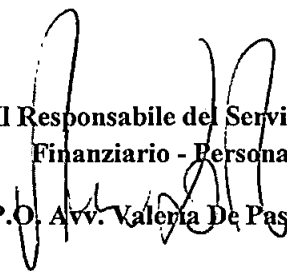
C_F262 - - 1 - 2022-03-16 - 0012698

Si prega di disporre affinché l'interessato sia tempestivamente avvisato del giorno e dell'ora in cui verrà sottoposto a visita medico collegiale.

La presente nota sarà inviata per conoscenza all'interessato, affinché la stessa debba ritenersi informato della richiesta di visita medica collegiale disposta nei suoi confronti e della facoltà di farsi eventualmente assistere da un medico di fiducia a proprie spese.

A corredo della presente si inviano in allegato gli atti sotto indicati:

1. Istanza dell'interessato per accertamento dell'idoneità allo svolgimento di qualsiasi attività
2. Certificato di servizio
3. Certificazioni mediche per la concessione della pensione di inabilità
4. Documento di identità


Il Responsabile del Servizio 6
Finanziario - Personale

P.O. Avv. Valeria De Pasquale

**RICHIESTA VISITA PER ACCERTAMENTO
INIDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DI QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA**

Spett.le COMUNE DI MODUGNO

GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE

Ufficio Gestione Rapporto Di Lavoro Personale Ruolo

Il sottoscritto PESOLE REMIGIO , nato a BARI il 11/07/1961 , e residente a MODUGNO in via
GENOVA n. 1 matricola n. dipendente di ruolo in qualità di
DIPENDENTE CAT. con mansioni di
in servizio presso il COMUNE DI MODUGNO

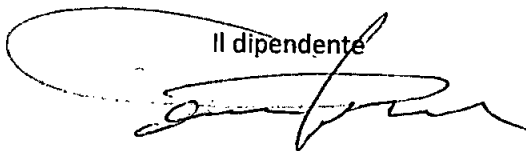
CHIEDE

ai sensi della vigente normativa, di essere sottoposto a visita presso la competente Commissione Medica al fine di conseguire il beneficio della pensione di inabilità ai sensi dell'art.2 comma 12 della legge 8 agosto 1995 n. 335 e ss.mm. e ii., per infermità non dipendente da causa di servizio, per la quale si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Allega: 1. Busta sigillata contenete certificato medico attestante le patologie dalle quali è affetto.

Modugno, 10/3/2022

Il dipendente





COMUNE DI MODUGNO
UFFICIO ORGANIZZAZIONE, AMMINISTRAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE

VISTA la richiesta ricevuta con Protocollo N. 12450 del 16/03/2022

VISTI gli atti di ufficio

CERTIFICA

che il dipendente **PESOLE REMIGIO**, nato a BARI (BA) il 11/07/1961 codice fiscale PSLRMG61L11A662J, è alle dipendenze di questo ente dal 21/11/1979 con contratto a tempo indeterminato, riveste la seguente figura professionale ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO, è inquadrato nella posizione economica Posizione Economica C6. Allo stesso vengono corrisposti i seguenti emolumenti fissi mensili:

PAGA BASE	1.695,34
PROGRESSIONE ORIZZONTALE	266,59
INDEN. DI COMPARTO (Q.TA BILANCIO)	4,34
INDEN. DI COMPARTO (Q.TA FONDO)	41,46
INDENNITA' VACANZA CONTRATTUALE	13,73
RETRIBUZIONE INDIVIDUALE ANZIANITÀ	51,12
INDENNITA' DI RESPONSABILITA' ART. 36 C. 1	80,95
INCENTIVO art. 113 D.lgs 50/2016	270,82
TOTALE Lordo mensile	2.424,35

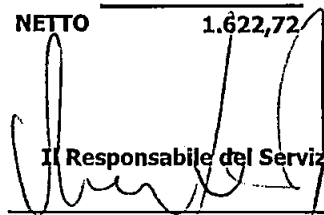
RITENUTE

Cpdel	214,55
F. pr. cr.	8,49
Inadel Tfs	40,54
Irpef netta	324,96
CESS/QUINTO B.POP. PUGLIESE	153,66
TRATT.SINDACALE U.I.L.	14,40
Trattenuta add. regionale anno precedente	32,11
Trattenuta add. comunale anno precedente	12,92

TOTALE Ritenute mensili **801,63**

NETTO **1.622,72**

Si rilascia il presente a richiesta per gli usi consentiti dalla legge.


Il Responsabile del Servizio

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE
DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e nome ROSOLIS ROHIGIO

via GENOVA 1 RODUGNO stato civile SEPARATO figli n. 1
documento di riconoscimento n. PAT: U14V23469N rilasciato
il 10/9/2020 dal NOT CIV occupazione
attuale INDEBITATO data della cessazione
del lavoro _____ per _____

Anamnesi remota e prossima: (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri [1])

SCOLIOSI MULTIFIDA. NEURALGIA TRIGEMINO POSTERIORE A TONICIZZAZIONE.
È titolare di rendita - pensione - indennizzi ecc. _____

Specificare tipo e percentuale di invalidità 67% INU CIV

Stato generale: MODERATO
peso kg. 80 alt. m. 180 cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità,
dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc.)
App. cardiovascolare: _____

Polso: 75/min respiro: 14/20 press. arter: 130/80 mmHg
Vasi: _____

App. respiratorio: NN

App. digerente: NN

Ernie: (sede, riducibilità, uso di cinti) NO

Organi ipocondriaci: Non PALPABILI

App. osteoarticolare: (in particolare evidenza le limitazioni funzionali) NN

Articolazioni: NN

È provvisto di apparecchio protesico: NO

Sistema endocrino: NN

Sistema nervoso e psiche: ELOAVIO MINUTTO. PACOS SOPPORNUTO
NEURALGIA TRIGEMINO DR.

Occhi e vista: NN

Orecchio e udito: NN

App. urogenitale: NN

Altri organi e apparati: _____

Documentazioni sanitarie esibite dal dipendente (cartelle cliniche - accertamenti sanitari, ecc.)

Attesti neurologici e Terapie stee Delere.

Eventuali terapie praticate: Ambegio Tegretol Pansicel
Prezoban

Diagnosi: NEURALGIA TRIGEMINO DR IN SCENOSI FEUTPA.

Per la menomazione complessiva dell'integrità psico-fisica accertata e riportata in diagnosi, sussistono le condizioni per ritenere che il dipendente _____

SI TROVA NELL'ASSOLUTA E PERMANENTE IMPOSSIBILITA' DI SVOLGERE QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA.

Data 7/01/2022

Dr. LUIGI SANTOIEGMA
Timbro del medico (compilare) - Tel. 080 5327971
Cod. Reg. 1:4022.9

Firma del medico

[1] Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi.

Cognome..... **PESOLE**
 Nome..... **REMIGIO**
 nato il..... **11/07/1961**
 (alto n..... **599** I S A)
 a..... **BARI (BA)**
 Cittadinanza..... **ITALIANA**
 Residenza..... **MODUGNO**
 Via..... **VIA LUCCA 15 / C S. B**
 Stato civile..... ********
 Professione..... **IMPIEGATO**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura..... **cm. 190**
 Capelli..... **BRIZZOLATI**
 Occhi..... **CASTANI**
 Segni particolari.....
 **Diritto fisso 5,16 euro**
 **Diritto di segreteria 0,26 euro**


 Firma del titolare..... *[Signature]*
 **MODUGNO** li **29/04/2015**
 Impronta del dito indice sinistro..... *[Signature]*
 **SEMPRE VIGILANTE**


TS **REPUBLICA ITALIANA**
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI
CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI
Codice Fiscale: **PSLRMG61L11A662J** Sesso **M**
Cognome: **PESOLE**
Nome: **REMIGIO**
Data di scadenza: **28/12/2022**
Luogo di nascita: **BARI**
Provincia: **BA**
Data di nascita: **11/07/1961**
Dati sanitari regionali: