



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

CMV-BA.DAG@PEC.MEF.GOV.IT

DATI DEL PROTOCOLLO GENERALE



C_F262 - - 1 - 2022-03-16 - 0012490

MODUGNO

Codice Amministrazione: **C_F262**

Numero di Protocollo: **0012490**

Data del Protocollo: **mercoledì 16 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: **Buongiorno, come da oggetto si 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

UFFICIO COMUNICAZIONE

MODELLO RICHIESTA VISITA MEDICO COLLEGALE 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 - 0012490

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

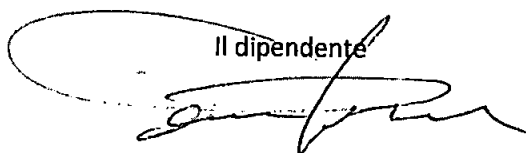
Il sottoscritto PESOLE REMIGIO , nato a BARI il 11/07/1961 , e residente a MODUGNO in via
GENOVA n. 1 matricola n. dipendente di ruolo in qualità di
DIPENDENTE CAT. con mansioni di
in servizio presso il COMUNE DI MODUGNO

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 contenente certificato medico attestante le patologie dalle quali è affetto.

Modugno, 10/3/2022

Il dipendente


CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE
DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e nome ROSOLIS ROSSIGLIO

via GENOVA 1 RODRIGO stato civile SEPARATO figli n. 1
documento di riconoscimento n. RAT: U14V23469N rilasciato
il 10/9/2020 dal MDT CIV occupazione
attuale INDEBITATO data della cessazione
del lavoro _____ per _____

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

SCLEROSI MULTIPLA - NEURALGIA TRIGEMINALE ROFRAZZURIA A TONICPULSIONE.
È titolare di rendita - pensione - indennizzi ecc _____

Specificare tipo e percentuale di invalidità 67% INV 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/mi respiro: REGOLARE 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: DISORDINE MENTALE, FASCI SOPPUNTATI
NEURALGIA TRIGEMINO DE.

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 Terapia del Dolore.

Eventuali terapie praticate: Ambrosio Topical Paracetol
Prevalenti

Diagnosi: NEURALGIA TRIGEMINO DE IN SCENARI PSICOPAT.

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.



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:

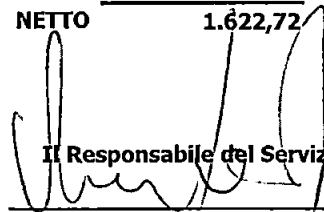
PAGA BASE	1.695,34
PROGRESSIONE ORIZZONTALE	266,59
INDEN. DI COMPARTO (Q.TA BILANCIO)	4,34
INDEN. DI COMPARTO (Q.TA FONDO)	41,46
INDENNITA' VACANZA CONTRATTUALE	13,73
RETRIBUZIONE INDIVIDUALE ANZIANITA'	51,12
INDENNITA' DI RESPONSABILITA' ART. 36 C. 1	80,95
INCENTIVO art. 113 D.lgs 50/2016	270,82
TOTALE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

RITENUTE

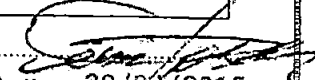
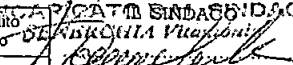
Cpdel	214,55
F. pr. cr.	8,49
Inadel Tfs	40,54
Irpef netta	324,96
CESS/QUINTO B.POP. PUGLIESE	153,66
TRATT.SINDACALE U.I.L.	14,40
Trattenuta add. regionale anno precedente	32,11
Trattenuta add. comunale anno precedente	12,92
TOTALE Ritenute mensili	801,63

NETTO 1.622,72

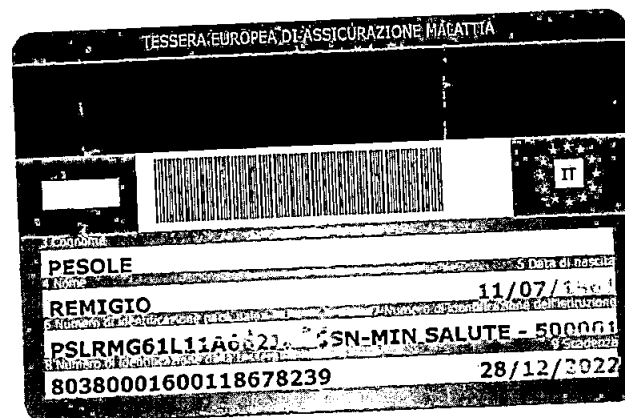
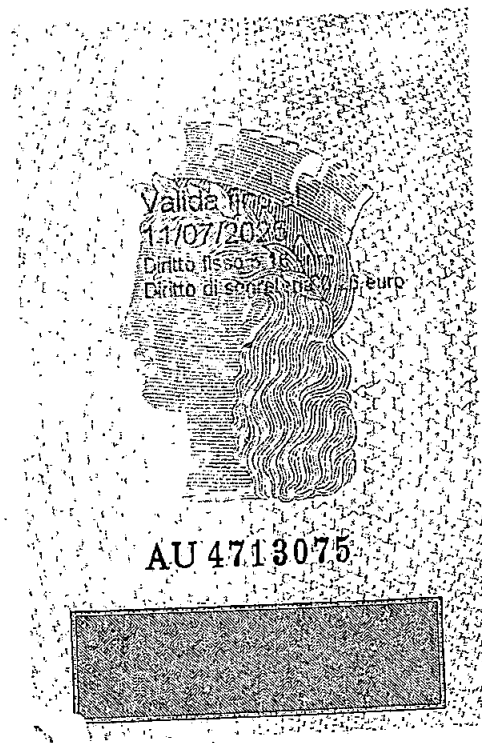
Si rilascia il presente a richiesta per gli usi consentiti dalla legge.


Il Responsabile del Servizio

Cognome **PESOLE**
 Nome **REMIGIO**
 nato il **11/07/1961**
 (atto 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 
MODUGNO **29/04/2015**
 Impronta del dito indice sinistro 


REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI
 01/2015
 Codice Fiscale **PSLRMG61L11A6623** Sesso **M**
 Cognome **PESOLE**
 Nome **REMIGIO**
 Luogo di nascita **BARI**
 Provincia **BA**
 Data di nascita **11/07/1961**
 Data di scadenza **28/12/2022**
 Dati sanitari regionali
 REGIONE PUGLIA





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

ANGELA.BURDI@MEF.GOV.IT

DATI DEL PROTOCOLLO GENERALE



C_F262 - - 1 - 2022-03-16 - 0012490

MODUGNO

Codice Amministrazione: **C_F262**

Numero di Protocollo: **0012490**

Data del Protocollo: **mercoledì 16 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: **Buongiorno, come da oggetto si 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

MITTENTE

UFFICIO

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 - 0012490

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

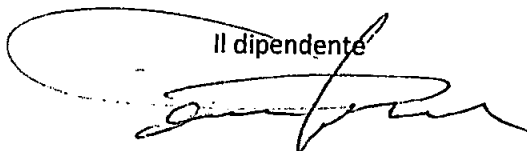
CHIEDE

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 contenente certificato medico attestante le patologie dalle quali è affetto.

Modugno, 10/3/2022

Il dipendente



CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE
DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e nome ROSOLIS ROSSIGLIO

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

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

SCORRI MULTIPLA. NEURALGIA TRIGEMINO RIFRATTARIA A TRATTAMENTO.
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/mi respiro: 16/20 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: BLOCCO MENTALE. PACES RIFORMATO
NEURALGIA TRIGEMINO D.C.

Occhi e vista: NN

Orecchio e udito: MA

App. urogenitale: NN

Altri organi e apparati: _____

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

ATTENTI neurologici e Terapia del Dolore.

Eventuali terapie praticate: Aubagio Tegretol Paracet
pregabalin

Diagnosi: NEURALGIA TRIGEMINO D.C. IN SCENESI FELTINA

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 SANTOIEMMA
Timbro del medico (convalida) - Tel. 080 5327971
Cod. Reg. 1:4022.9

Firma del medico

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



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

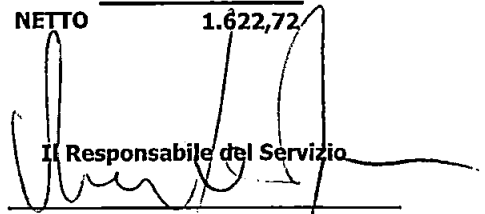
CERTIFICA

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:

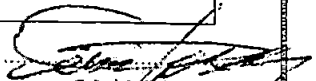
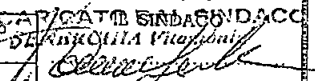
PAGA BASE	1.695,34
PROGRESSIONE ORIZZONTALE	266,59
INDEN. DI COMPARTO (Q.TA BILANCIO)	4,34
INDEN. DI COMPARTO (Q.TA FONDO)	41,46
INDENNITA' VACANZA CONTRATTUALE	13,73
RETRIBUZIONE INDIVIDUALE ANZIANITÀ	51,12
INDENNITA' DI RESPONSABILITA' ART. 36 C. 1	80,95
INCENTIVO art. 113 D.lgs 50/2016	270,82
TOTALE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



Cognome **PESOLE**
 Nome **REMIGIO**
 nato il **11/07/1961**
 (atto 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 
MODUGNO **29/04/2015**
 Impronta del dito indice sinistro 


REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 (CARTA REGIONALE DEI SERVIZI)
 CODICE FISCALE **PSLRMG61L11A662J** Sesso **M**
 Cognome **PESOLE**
 Nome **REMIGIO**
 Luogo di nascita **BARI**
 Provincia **BA**
 Data di nascita **11/07/1961**
 Data di scadenza **28/12/2022**
 Dotti sanitari regionali
 REGIONE PUGLIA

