

Oggetto: richiesta visita collegiale per accertamento idoneità al servizio.

**Al sig. Responsabile del
Servizio Personale
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 – SELARGIUS**

__ sottoscritt_ _____, nat_ a _____ il _____,
residente a _____ via _____ n. ____ tel.
_____ qualifica _____ matr. _____ in forza presso

CHIEDE

di essere sottopost_ a visita collegiale presso il Collegio Medico Legale territorialmente
competente affinché venga accertata la sussistenza di eventuali cause di inabilità assoluta e
permanente allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo professionale rivestito
(_____) al fine di un mutamento del proprio profilo da _____ a
quello di _____.

Cagliari, _____
