

Oggetto: richiesta visita collegiale per inabilità 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 - ai sensi dell'ex art. 24, co. 2 del CCNL Dirigenza Medica e Veterinaria 05/12/96 - affinché venga accertata la sussistenza di eventuali cause di assoluta e permanente inabilità a svolgere qualsiasi proficuo lavoro.

Cagliari, _____
