

Bollo 15 €

Preg.mo

DIRIGENTE UFFICIO GESTIONE PERSONALE P.A.

Il/La sottoscritto/a _____ (cod.I.S.S. _____)

dipendente della Pubblica Amministrazione _____

(ruolo/incarico tempo indeterminato Contratto Privatistico)

quale _____ presso _____

(qualifica)

(Ufficio)

chiede

di essere sottoposto a visita medica:

- collocamento a riposo** per motivi di salute
- trasferimento** per motivi di salute.

Consegnerà la documentazione richiesta in sede di Commissione.

Inoltre il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito dei procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.gov.sm - "Informativa per il trattamento dei dati personali".

Data _____ **Firma del richiedente** _____

(firma)