

Bollo 15 €

Preg.mo

DIRIGENTE UFFICIO GESTIONE PERSONALE P.A.

Preg.mo

DIRIGENTE U.O.

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

dipendente della Pubblica Amministrazione con rapporto di lavoro _____

(ruolo/Contratto Privatistico)

quale _____

(qualifica)

presso _____

(Unità Organizzativa)

presa visione dell'esito della visita medica presso la Commissione degli Accertamenti Sanitari Individuali, comunicatomi dal Dirigente Ufficio Gestione Personale P.A. con nota del _____ Prot.n. _____, che riconosce l'invalidità pensionabile

con revisione al biennio

definitiva

chiede:

- **di essere collocato/a a riposo** per motivi di salute a decorrere dal _____

- **la liquidazione di fine servizio.**

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** _____