***Domanda di Cessazione dal Servizio per Inidoneità psicofisica***

***da parte dell'interessato al Dirigente Scolastico***

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto .................................., nato a ......................... il ............, residente a .................................... in servizio presso codesto ........................... quale .............................., essendo affetto da infermità, come da allegata documentazione, per la quale, a giudizio del mio medico di fiducia, posso non essere più idoneo all'esercizio delle mie funzioni, ,

chiedo

di essere sottoposto a visita medica collegiale per ottenere la cessazione dal servizio per inidoneità, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 27/7/2011 n. 171.

........................., ......................... (....................................)

Allego la seguente certificazione medica:

...................................

...................................