### *Richiesta di visita medica collegiale disposta a seguito di richiesta dall’interessato*

*(Intestazione istituzione scolastica)*

Prot. n. ................................. (data) ..................................

Alla Commissione medica di Verifica

c/o Direzione Prov. dei Servizi Vari del Tesoro

di ............. Via ...............

[All’Ufficio Scolastico Regionale (1)

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

e p.c. Al Sig./Prof. ................................... (2)

in servizio in questa scuola

Oggetto Sig./Prof ............................................., nato a .......................... il .........................., (qualifica) .......................... , in servizio presso questa Istituzione scolastica, residente a ........................ ***Richiesta di visita collegiale.***

Questo Ufficio, ai sensi dell’art. 3, comma 2, del D.P.R. n. 171/2011, *su istanza dell’interessato* chiede a codesta Commissione di sottoporre il nominato in oggetto a visita medica collegiale, al fine di verificarne l’eventuale inidoneità psicofisica assoluta o relativa al servizio.

A tal fine allega l’unita istanza documentata prodotta dall’interessato da cui risultano gli elementi necessari per l’effettuazione dell’accertamento.

Codesta spett. CMV – che è competente ad effettuare l’accertamento richiesto ai sensi e per le finalità di cui D.P.R. n. 171/2011, al D.M. Econ. e Fin. 12/2/2004 (G.U. 23/2/2004 n. 44) e alle istruzioni della Circ. Min. Econ. e Fin. 26.04.2004 n. 426 – vorrà, al termine della visita collegiale, redigere il referto conclusivo per i motivi corrispondenti ai presupposti di cui al caso specifico e qui di seguito contrassegnati da segno di spunta:

🞏 *1. idoneità dell’interessato alle sue funzioni istituzionali*

🞏 *2. inidoneità fisica a qualsiasi attività lavorativa al 100% (per la pensione di inabilità di cui art. 2, co. 12, legge 08.08.1995 n. 335), nel caso in cui l’interessato abbia chiesto tale specifica valutazione;*

🞏 *3. inidoneità psicofisica permanente e assoluta a qualsiasi proficuo lavoro;*

🞏 *4. inidoneità psicofisica permanente specifica alle funzioni istituzionali, con possibile idoneità o meno a compiti diversi da quelli istituzionali;*

🞏 *5. inidoneità temporanea a qualsiasi proficuo lavoro con indicazione esatta della durata;*

🞏 *6. inidoneità temporanea specifica alle funzioni istituzionali con indicazione esatta della durata, con possibilità o meno di utilizzazione in altri compiti.*

Nel caso in cui dall’esito della visita suddetta sia accertata l’inidoneità permanente o temporanea al servizio dell’interessato, si prega di volerne informare tempestivamente, ai sensi dell’art. 7 del D.M. 12/2/2004, questa Amministrazione per posta elettronica certificata alla seguente casella mail: ....................... , secondo quanto previsto dall’art. 13 del D.P.R. n. 461/2001. Con lo stesso mezzo si prega di trasmettere allo scrivente il verbale della visita medica collegiale effettuata.

L’interessato cui la presente è inviata per conoscenza è formalmente invitato a presentarsi, previa convocazione, alla Commissione Medica di Verifica per l’effettuazione della visita durante la quale può farsi assistere da un medico di fiducia, a sue spese.

 *Il Dirigente Scolastico*

-----

(1) L’invio all’Uff. Scol. Reg. si effettua solo per le visite nei confronti del personale docente, come chiarito dalla Circ. MEF 19/11/2013 n. 966, al fine di far designare il rappresentante del MIUR che integri la CMV, ai sensi dell’ art. 15, co. 5, della legge n. 128 dell’8/11/2013.

(2) Spuntare tutte le possibili ipotesi che la CMV può ritenere pertinenti al caso specifico.