

**Modello di domanda per accertamento medico per cambio mansioni e/o riduzione delle mansioni**

Al Dirigente scolastico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OGGETTO: Istanza di idoneità alle mansioni – art. 35 legge 289/2002.

Il/la \_\_\_\_\_, sottoscritto/a  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in  
servizio presso \_\_\_\_\_, con  
la qualifica di \_\_\_\_\_,

Chiede

L'accertamento dell'idoneità alle mansioni proprie della qualifica, ai fini dell'utilizzo in compiti diversi dall'insegnamento ex – art. 35, comma 5 legge 289/2002 (per il personale docente) ovvero ai fini della riduzione delle mansioni proprie del profilo di appartenenza ex art. 35 comma 6 legge 289/2002 (per il personale ATA)

Allega:

- 1) documentazione medica
- 2) \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma

la presente domanda e la relativa documentazione deve essere inviata al servizio di Medicina Legale dell'ASL n. \_\_\_\_\_.