

**AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA USL DI FERRARA**

**e per suo tramite: INPDAP  
Gestione Pensionistica  
Sede Provinciale di Ferrara**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

dipendente a tempo indeterminato in posizione funzionale di

**CHIEDE**

La pensione di inabilità ai sensi dell'art.2 comma 12 della Legge n.335 dell'8 Agosto 1995 per infermità non dipendente da causa di servizio per la quale si trova nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Allega:

1. Certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa;
2. Cartelle cliniche e documentazione medico-ospedaliera.

Il richiedente