

Circolare
n. 12/2019



Prefettura di Salerno
Ufficio Territoriale del Governo

Area Vicario del Prefetto

Salerno, data protocollo

Agli Uffici della Pubblica Amministrazione
della provincia di
SALERNO

Oggetto: Linee guida per l'inoltro delle richieste di visite medico-collegiali alla Commissione Medica di Verifica di Napoli.

Si trasmette la nota 0017838 del 21/8/2019, di pari oggetto, fatta pervenire dal Ministero dell'Economia e delle Finanze - Ragioneria Territoriale dello Stato di Napoli - Commissione medica di verifica di Napoli.

IL VICE PREFETTO VICARIO

(Forlento)
Forlento



*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*

RAGIONERIA TERRITORIALE DELLO STATO DI NAPOLI
COMMISSIONE MEDICA DI VERIFICA DI NAPOLI
CENTRO DIREZIONALE ISOLA F8, VIA FRANCESCO LAURIA 80
cmv-na.dag@pec.mef.gov.it
TEL. 081/5828451 - 081/5828616

Napoli, 21/08/2019

Alla **Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Salerno**
Piazza Giovanni Amendola
84121 – SALERNO
ALLA CORTESE ATTENZIONE DEL SIG. PREFETTO
pec: protocollo.prefsa@pec.interno.it

Allegati: 2

OGGETTO: Linee guida per l'inoltro delle richieste di visite medico-collegiali alla Commissione Medica di Verifica di Napoli – diffusione agli Uffici della Pubblica Amministrazione.

La Commissione Medica di Verifica di Napoli, che come noto esplica la sua attività in ambito regionale, nello spirito di una proficua collaborazione istituzionale e nell'ottica di una ottimizzazione dei procedimenti amministrativi relativi all'iter procedurale inerente lo svolgimento degli accertamenti medico-legali, ha ravvisato la necessita di predisporre delle linee guida intese ad uniformare la procedura di cui si discorre.

In particolare, con le predette linee guida vengono definiti gli standard relativi alla documentazione da allegare nella fase istruttoria delle diverse pratiche ed è stata predisposta un'utile modulistica da utilizzare per la trasmissione delle stesse a quest'Ufficio.

Per quanto sopra esposto, ricorrendo la necessita di dover partecipare detta procedura a tutti gli Uffici della Pubblica Amministrazione per i quali la scrivente CMV è competente per territorio (enti locali, Uffici dello Stato, ivi comprese le agenzie), si chiede a codesto Ufficio, come atto di cortese collaborazione, di veicolare e diffondere in maniera capillare i contenuti della presente a tutti gli Uffici della Pubblica Amministrazione presenti sul territorio di Salerno.

Cordiali saluti.

Il Presidente della CMV di Napoli

Dott. Giuseppe Guadagno

INTESTAZIONE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Intestazione:

Indirizzo:

Cap: Città:

Nome referente:

Recapiti telefonici del referente:

Indirizzo pec:

Indirizzo e-mail:

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze
 Ragioneria Territoriale dello Stato di Napoli
COMMISSIONE MEDICA di VERIFICA di NAPOLI
 Via Francesco Lauria, 80
 Centro Direzionale Isola F8
80139 NAPOLI (NA)
 Indirizzo pec: cmv-na.dag@pec.mef.gov.it
 Recapiti telefonici: 081 58 28 375 - 444 - 470

Protocollo n. _____

Allegati:

COGNOME E NOME DEL DIPENDENTE	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA (completo di frazione, isolato, scala)	
INDIRIZZO DI DOMICILIO (completo di frazione, isolato, scala) <i>se diverso da quello di residenza</i>	
CODICE FISCALE	
RECAPITI TELEFONICI FISSI E CELLULARI	

DENOMINAZIONE COMPLETA DELL'UFFICIO DI SERVIZIO	
---	--

TIPO DI ACCERTAMENTO MEDICO-LEGALE RICHIESTO:

A seconda della tipologia di accertamento provvedere ad allegare quanto previsto dalla nota MEF n. 17198 DEL 02/08/2019

<input type="checkbox"/>	IDONEITA' AL SERVIZIO D'ISTITUTO SU RICHIESTA DEL DIPENDENTE
<input type="checkbox"/>	IDONEITA' AL SERVIZIO D'ISTITUTO D'UFFICIO
<input type="checkbox"/>	PENSIONE D'INABILITA' - ART. 2, COMMA 12, LEGGE 335/95 -
<input type="checkbox"/>	CONCESSIONE DI ULTERIORE PERIODO DI COMPORIO
<input type="checkbox"/>	RICONOSCIMENTO INFERMITA' DIPENDENTE DA CAUSA DI SERVIZIO <i>(possibile solo per i dipendenti della polizia municipale)</i>
<input type="checkbox"/>	RICONOSCIMENTO AGGRAVAMENTO INFERMITA' DIPENDENTE DA CAUSA DI SERVIZIO <i>(possibile per tutti i dipendenti civili in possesso dei requisiti previsti dal D.L. 201/2011)</i>

AREA DI APPARTENENZA/FASCIA RETRIBUTIVA	
QUALIFICA DEL DIPENDENTE (direttore generale, dirigente ruolo tecnico, medico, personale ruolo amm.vo, personale ruolo sanitario, etc.....)	
PROFILO PROFESSIONALE	
PROFILI ALTERNATIVI E/O EQUIVALENTI O COMPATIBILI DELL'AREA DI APPARTENENZA	

ATTUALMENTE IN SERVIZIO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
DIPENDENTE	PART TIME	<input type="checkbox"/>	FULL TIME	<input type="checkbox"/>

NUMERO DI GIORNI DI ASSENZA PER MALATTIA FRUITI DALL'INTERESSATO/A NELL'ULTIMO TRIENNIO	
NUMERO DI GIORNI DI ASSENZA PER MALATTIA ANCORA FRUIBILI DALL'INTERESSATO/A SENZA INCORRERE IN DECURTAZIONE STIPENDIALE	
ANNI E MESI CONTRIBUTIVI LAVORATI DALL'INTERESSATO/A UTILI AI FINI DELL'EVENTUALE PENSIONAMENTO	Anni <input type="checkbox"/> Mesi <input type="checkbox"/>

DOCUMENTO D'IDENTITA' (da allegare obbligatoriamente)			
TIPO	C.I. <input type="checkbox"/>	PATENTE <input type="checkbox"/>	TESSERA MINISTERIALE <input type="checkbox"/>
RILASCIATA DA			
IL			
SCADENZA VALIDITA'			

Ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale di cui al D. Lgs. N. 82/2005 e s.m.i., DICHIARO che gli allegati documenti in formato elettronico, firmati digitalmente dal sottoscritto, sono conformi agli originali esistenti agli atti di questo Ufficio di Servizio.

Data _____

IL DIRIGENTE o FUNZIONARIO

firma apposta ai sensi dell'art. 3, comma2, del D. L.vo n. 39/93



*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*

RAGIONERIA TERRITORIALE DELLO STATO DI NAPOLI
 COMMISSIONE MEDICA DI VERIFICA DI NAPOLI
 CENTRO DIREZIONALE ISOLA F8, VIA FRANCESCO LAURIA 80
cmv-na.dag@pec.mef.gov.it
 TEL. 081/5828451 - 081/5828616

Napoli, 02/08/2019

A Tutte le Pubbliche Amministrazioni nell'Ambito
 della Regione Campania
 per il tramite: Uffici Territoriali del Governo

Nota n.17198 del 02/08/2019

A Tutte le Segreterie Scolastiche nell'ambito della
 Regione Campania
 per il tramite: Ufficio Scolastico Regionale

Allegati: 1

OGGETTO: Commissione Medica di Verifica (CMV) di Napoli
 Istruzioni ed allegato modello di nota per le trasmissioni di richieste di visite
 medico-collegiali.

Com'è noto questa Commissione, per i dipendenti civili di cui al D. L.gs 165/01, svolge accertamenti medico-legali finalizzati al riconoscimento dell'inabilità lavorativa di cui agli artt. 2, comma 12, e 1, comma 41, della Legge 335/95, all'accertamento dell'idoneità al servizio d'istituto, al riconoscimento di infermità dipendenti da fatti di servizio (**esclusivamente per i dipendenti della polizia municipale**) e agli aggravamenti di infermità già riconosciute dipendenti da fatti di servizio (per tutti i dipendenti civili in possesso dei requisiti previsti dal D. L. 201/2011).

Con la presente comunicazione, al fine di consentire una linearità di analisi delle richieste pervenute e di permettere l'immediato inserimento delle relative posizioni di accertamento nei sistemi informatici di questa Commissione, si trasmette fac-simile della lettera da adottare per la trasmissione delle richieste e si rappresenta quali sono gli elementi indispensabili per la trasmissione a questa Commissione di tutte le tipologie di richieste di visite medico-collegiali.

Quest'ultime dovranno:

- pervenire alla scrivente Commissione a mezzo pec: emv-na.dag@pec.mef.gov.it (al fine di evitare duplicazioni di pratiche, alle pec **NON** dovranno seguire trasmissioni a mezzo raccomandata, posta prioritaria, e-mail, fax, consegna a mano);
- essere trasmesse compilando IN TUTTI I SUOI CAMPI l'allegata nota senza apportarvi modifiche.

Per ciascuna tipologia di accertamento sarà indispensabile allegare la documentazione qui di seguito descritta:

ACCERTAMENTO DI IDONEITA' AL SERVIZIO DI ISTITUTO

(richiesto dal dipendente):

- 1) **nota di trasmissione (modello allegato)** della richiesta del dipendente da parte dell'Amministrazione;
- 2) **domanda del dipendente**, protocollata in ingresso dall'Amministrazione di appartenenza, con la specifica indicazione della finalità dell'accertamento sanitario richiesto;
- 3) **certificato medico** attestante il quadro anatomico-clinico del dipendente;
- 4) **documento d'identità** in corso di validità del dipendente.

ACCERTAMENTO DI IDONEITA' AL SERVIZIO DI ISTITUTO

(richiesto dall'Amministrazione):

- 1) **nota di trasmissione dell'Amministrazione (modello allegato);**
- 2) **relazione del datore di lavoro** recante tutti gli elementi informativi disponibili ed utili relativi alla richiesta in questione ai sensi dell'art. 15, comma 1, del D.P.R. 461/2001;
- 3) **documento d'identità** in corso di validità del dipendente;
- 4) **eventuali segnalazioni** dell'Amministrazione di appartenenza, rivolte ad Organi Superiori, relativamente a **denunce, testimonianze e segnalazioni** che hanno determinato provvedimenti disciplinari che possano contribuire all'individuazione della situazione lavorativa del dipendente.

ACCERTAMENTO DI INABILITÀ LAVORATIVA – art. 2, comma 12, Legge 335/95 -

(può essere richiesta solo dal dipendente):

- 1) **nota di trasmissione** (modello allegato) della richiesta del dipendente da parte dell'Amministrazione;
- 2) **istanza del dipendente**, protocollata in ingresso dall'Amministrazione di appartenenza, con la specifica indicazione della finalità dell'accertamento sanitario richiesto;
- 3) **certificato medico previsto dal D.M. 187/97** debitamente compilato in ogni sua parte (ivi compresa la "diagnosi finale"), opportunamente datato, timbrato e firmato dal medico redattore (non saranno presi in considerazione certificati diversi da quest'ultimo);
- 4) **documento d'identità** in corso di validità del dipendente.

ACCERTAMENTO DI RICONOSCIMENTO DI INFERMITA'

DIPENDENTE DA CAUSA DI SERVIZIO

(SOLO PER IL PERSONALE DELLA POLIZIA MUNICIPALE)

(può essere richiesta dal dipendente o, in caso di infortunio sul lavoro, d'ufficio da parte dell'Amministrazione - art. 3 D.P.R. 461/2001 -):

- 1) **nota di trasmissione** (modello allegato) della richiesta del dipendente da parte dell'Amministrazione;
- 2) **istanza del dipendente**, protocollata in ingresso dall'Amministrazione di appartenenza, nella quale sia chiaramente indicata la natura dell'infermità o lesione oggetto della richiesta di riconoscimento ed i fatti di servizio che il dipendente ritenga vi abbiano concorso (art. 2, comma 1, DPR. 461/2001);
- 3) **certificato medico** che compri l'infermità contratta (non l'accertamento diagnostico);
- 4) **tutti i precedenti verbali di accertamento di causa di servizio** (modelli BL/B rilasciati dalle CC.MM.OO. e/o dalle CC.MM.VV.);
- 5) **relativi pareri del Comitato di Verifica per le Cause di Servizio (CVCS)** di Roma;
- 6) **relative determinazioni dirigenziali di attribuzione e riconoscimento dell'equo-indennizzo**;
- 7) **documento d'identità** in corso di validità del dipendente.

ACCERTAMENTO DI AGGRAVAMENTO DI CAUSA DI SERVIZIO

(può essere richiesta solo dal dipendente):

- 1) nota di trasmissione (modello allegato) della richiesta del dipendente da parte dell'Amministrazione;
- 2) istanza del dipendente, protocollata in ingresso dall'Amministrazione di appartenenza, nella quale sia chiaramente indicata l'infermità oggetto dell'aggravamento;
- 3) certificato medico che comprovi l'avvenuto aggravamento (non l'accertamento diagnostico);
- 4) verbale di accertamento della causa di servizio oggetto di aggravamento;
- 5) relativo parere del Comitato di Verifica per le Cause di Servizio (CVCS) di Roma;
- 6) relativa determina dirigenziale di attribuzione e riconoscimento dell'equo-indennizzo;
- 7) tutti gli eventuali ulteriori verbali BL/B (rilasciati da CMO o CMV), pareri CVCS, determine dirigenziali di altre infermità riconosciute e non dipendenti da causa di servizio;
- 8) documento d'identità in corso di validità del dipendente.

Per qualunque tipologia di accertamento, in tutti i casi di comprovata impossibilità del dipendente di recarsi a visita presso questa Commissione, sarà indispensabile far pervenire un'istanza del dipendente di "visita medica domiciliare" corredata di un certificato medico che descriva il quadro anatomico-clinico e che ne attesti specificatamente la condizione di "intrasportabilità" del soggetto.

Nel caso in cui intervenga il decesso del dipendente prima della visita medica, è assolutamente necessario trasmettere a questa Commissione, a mezzo pec, comunicazione dell'avvenuto decesso ed avviare il procedimento di prosecuzione dell'iter con gli eventuali eredi (istanza di prosecuzione, dichiarazione sostitutiva di atto notorio per la individuazione degli eredi e, in caso di più eredi, delega ad uno di essi per la trattazione della pratica).

Si rappresenta, infine, che le richieste trasmesse in difformità da quanto previsto dalla presente nota saranno restituite al mittente.

Il Presidente della CMV di Napoli
Dott. Giuseppe Guadagno