

**DOMANDA DI PENSIONE D'INABILITA'**  
(allegato 1 al Decreto 8 maggio 1997, n. 187 art. 3, comma 3)

ALL'I.N.P.S.  
Gestione ex I.N.P.D.A.P.  
Piazza Domenicani, 30  
39100 BOLZANO

*per il tramite*  
dell'Intendenza Scolastica Italiana  
Ufficio Assunzione e carriera del personale docente  
Via del Ronco, 2  
39100 BOLZANO

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in .....  
in servizio presso .....  
con la qualifica di .....

c h i e d e

la pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, della [legge 8 agosto 1995, n. 335](#), per infermità non dipendente da causa di servizio per la quale si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Allega:

- 1) il certificato medico <sup>(1)</sup> attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività lavorativa;
- 2) cartelle cliniche e documentazione medico-ospedaliera (eventuali).

Il richiedente

.....

.....

(data)

<sup>(1)</sup> redatto secondo lo schema dell'allegato 2 al decreto