

DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO
(*fac-simile* in caso di infortunio)

A Comando/Ente/Ce.Doc.⁽¹⁾

Il/la sottoscritto/a⁽²⁾ _____ nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) via _____ n. _____
(C.A.P.) _____ in servizio presso _____
fa presente che in data ____/____/____ gli è stata riscontrata la seguente
infermità/lesione: _____ come risulta dall'allegata
documentazione sanitaria.

La suddetta infermità/lesione è da ritenersi in rapporto di causalità con il servizio prestato visto
che: _____

In tale quadro, il/la sottoscritto/a chiede di essere sottoposto/a ai previsti accertamenti sanitari
ai fini del riconoscimento di dipendenza da causa di servizio della suddetta infermità/lesione
(precisare se la domanda è finalizzata anche all'equo indennizzo).

In merito, allega:

- _____
- _____
- _____
- _____

Luogo e data _____

(FIRMA)

VISTO

La domanda è stata presentata
in data _____
ed assunta con prot. n. _____

NOTE:

(1) Per il successivo inoltro alla C.M.O. territorialmente competente.

(2) Grado, cognome e nome del militare.