

DOMANDA PER LA RICHIESTA DI ACCERTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO CON PROCEDURA DI INTERDIPENDENZA-AGGRAVAMENTO
(*fac-simile*)

A Comando ⁽¹⁾

Oggetto: domanda di riconoscimento di dipendenza da causa di servizio di infermità per interdipendenza-aggravamento.

Il/la sottoscritto/a ⁽²⁾ _____ nato/a a _____ (____) il _____
e residente a _____ (____) via _____ n. _____
in servizio presso codesto Ente con la qualifica di _____
(oppure cessato dal servizio in data _____) fa presente che in data _____
gli è stata riscontrata la seguente infermità:

"

_____ "

come risulta dall'allegata documentazione sanitaria.

Poiché I sottoscritt ritiene che la stessa infermità sia in rapporto di interdipendenza-aggravamento con la seguente infermità (o lesione):

"

_____ "

già riconosciuta dipendente da causa di servizio con processo verbale mod. _____
n. _____ del _____ della C.M.O. (o con mod. C n. _____ del _____)
dell'Ospedale Militare di _____
(oppure dalla C.M. di 2^a Istanza) _____
già riconosciuta dipendente da causa di servizio con D.M. n. _____ in data _____ di PERSOMIL.

CHIEDE

il riconoscimento di dipendenza da causa di servizio della suddetta infermità e la concessione dei benefici di legge che ne derivano, ivi compresi l'equo indennizzo e la pensione privilegiata ordinaria. In merito, allega la seguente documentazione:

Luogo e data _____

(FIRMA)

NOTE:

(1) Comando di appartenenza del militare deceduto, per il successivo inoltro alla C.M.O. territorialmente competente, dove gli aventi diritto sono residenti.

(2) Grado, cognome e nome del militare.