A **COMANDO MILITARE ESERCITO PUGLIA**
SM-Ufficio Documentale
Sezione Provvedimenti Medico-Legali
Piazza Luigi di Savoia n. 44 **70121 BARI**
PEI:cme_puglia@esercito.difesa.it
PEC:cme_puglia@postacert.difesa.it

OGGETTO: domanda di aggravamento/interdipendenza per causa di servizio.

Il sottoscritto _____ nato

il_____ a _____

residente in _____

Via _____n._____

e-mail _____ PEC _____

C.F. _____

Tel. _____

C H I E D E

l'interdipendenza/aggravamento della malattia "_____

_____",

con l'infermità "_____

_____"

già riconosciuta dipendente da causa di servizio con Decreto n. _____ datato

_____ del Ministero della Difesa.

Allega:
1. certificazione medica;
2. documento di riconoscimento.

Autorizza sin d'ora la trattazione dei dati personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs n. 196/2003.

LUOGO **DATA**

_____ ,_____

FIRMA

_____