

Al _____

Oggetto: Domanda di riconoscimento di AGGRAVAMENTO o di INTERDIPENDENZA.

Il /La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ tel./cell. _____ e mail

_____ domiciliato/a

in _____ servizio

presso _____

in qualità di _____

essendo affetto dalle seguenti infermità:

1.

2.

3.

chiede, che le medesime, siano riconosciute dipendenti da causa di servizio, quali **aggravamento** di infermità precedentemente riconosciuta o **interdipendenti** da infermità precedentemente riconosciuta, o ricevano, eventualmente, altra, diversa configurazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere ottenuto i precedenti riconoscimenti di causa di servizio:

Chiede, pertanto, che la menomazione complessiva della propria integrità psico-fisica sia ascritta a categoria tabellare superiore e siano concessi i seguenti benefici:

- equo indennizzo
- pensione privilegiata.

Il/La sottoscritto/a con la presente:

- dà il proprio consenso alla trattazione e comunicazione da parte degli uffici competenti dei dati personali sensibili relativi all'oggetto del procedimento (art. 5 comma 5 DPR n. 461/2001);
- si impegna a comunicare a codesto ufficio l'eventuale fruizione, per la medesima infermità che costituisce l'oggetto del presente procedimento, di somme (per indennizzo o rendita) da parte dell'INAIL.

Allega la seguente documentazione sanitaria:

data

Firma