

Al _____

Oggetto: Domanda di riconoscimento di causa di servizio PER INFORTUNIO IN SERVIZIO.

Il /La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ tel./cell. _____ e mail _____

_____ domiciliato/a _____

in _____ servizio

presso _____

in qualità di _____

CHIEDE

che la lesione riportata a seguito dell'infortunio avvenuto in servizio il

alle ore _____ diagnosticata: _____

_____ venga riconosciuta come contratta in servizio e per causa di servizio.

L'infortunio è avvenuto con le seguenti modalità: _____

Chiede, pertanto, la concessione dei 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: _____

_____ data

Firma