

Al \_\_\_\_\_

**Oggetto: Domanda di riconoscimento di causa di servizio.**

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_ domiciliato/a \_\_\_\_\_.

in servizio presso \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

essendo affetto/a dalle seguenti infermità:

1.

2.

3.

4.

chiede, per le medesime, il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio.

Il/La sottoscritto/a ritiene di aver contratto le suddette infermità per le seguenti ragioni di servizio:

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 (indennizzo o rendita) da parte dell'INAIL.

Allega la seguente documentazione:

data

*Firma*