

MINISTERO DELLA DIFESA
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVIDENZA MILITARE E DELLA LEVA

PREVIMIL
Reparto _____ Divisione _____
Viale dell'Esercito, 186
00143 ROMA

OGGETTO: **DOMANDA DI AGGRAVAMENTO**

POSIZIONE _____

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO IL _____

A _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____

IN QUALITA' DI (GRADO E FORZA ARMATA) _____

C H I E D E

Di essere sottoposto a nuovi accertamenti sanitari, perché ritiene che le/la infermità:

già riconosciute/a dipendenti/e da causa di servizio con Decreto n. _____ del _____ si
siano/è **aggravate/a**.

Allega certificato medico per le /la patologie/a.

ROMA _____

IN FEDE
