

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA AL RIMBORSO DI SPESE
SANITARIE, PER INFERMITÀ DIPENDENTI DA CAUSA DI SERVIZIO, PER
FORNITURA DI AUSILI PROTESICI O PER CURE (1)**

da presentare presso il Comando in cui si presta servizio

Alla DIREZIONE GENERALE DELLA PREVIDENZA MILITARE E DELLA LEVA
I REPARTO – 4^ DIVISIONE
Viale dell'Esercito, n. 186 (2)(3)

Il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____
Grado _____ Forza armata _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente in _____ (prov. _____) cap _____ via/piazza _____
tel. _____
cellulare _____ email _____
pec _____
in servizio ☐ SI ☐ NO (4)

in possesso del seguente codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Avendo _____ ottenuto _____ per _____ la _____ seguente
infermità _____

il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio con
(5)

CHIEDE

l'autorizzazione per la fornitura di _____ (6)
o l'autorizzazione alla spesa per le seguenti prestazioni sanitarie e/o ricoveri in luoghi di cura (7):

DICHIARA

- di non aver percepito contributi dall'Amministrazione Difesa per lo stesso motivo, ovvero di avere percepito contributi per un importo di euro _____ per l'autorizzazione di _____;
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa alla propria residenza, nonché ai recapiti telefonici/digitali comunicati con la presente istanza;
- di avere preso visione della informativa relativa al trattamento dei dati personali resa dalla Direzione generale della previdenza militare e della leva ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 e del d. lgs. n. 196/2003, come novellato dal d. lgs. n. 101/2018;

- letta l'informativa che segue e preso atto del relativo contenuto, di consentire al trattamento dei propri dati personali nelle modalità e per le finalità ivi descritte;
- di essere consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci a mente dell'art. 76 del d. P. R. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI (8):

- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____.

Data _____

Firma (9) _____

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e di altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa vigente sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza; pertanto, si forniscono le seguenti informazioni:

- **FINALITÀ DEL TRATTAMENTO:** i dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- **MODALITÀ DEL TRATTAMENTO:** i dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici;
- **AMBITO DI COMUNICAZIONE:** i dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla legge n. 241/1990 e successive modifiche e integrazioni e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del d.P.R. n. 445/2000);
- **DIRITTI:** in ogni momento è possibile esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e segg. del Regolamento (UE) 679/2016. Al riguardo, tutte le richieste devono essere rivolte alla Direzione generale della previdenza militare e della leva;
- **TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Direzione generale della previdenza militare e della leva.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma (9) _____

Note:

- (1) la presente istanza viene prodotta ai sensi degli artt. 1, co. 221 della legge n. 226/2005 e 1, co. 555 della legge n. 296/2006.

- (2) il comando da cui dipende l'interessato provvederà ad assumere la presente istanza a protocollo con data certa e provvederà alla redazione di un fascicolo digitale, che verrà trasmesso al seguente indirizzo di posta elettronica: previmil@postacert.difesa.it;
- (3) per il personale militare in congedo la domanda va trasmessa direttamente a PREVIMIL al sopracitato indirizzo di posta elettronica;
- (4) barrare la casella di interesse;
- (5) riportare gli estremi del processo verbale (numero, data e Commissione Medico Ospedaliera che ha emesso il verbale) ovvero gli estremi del decreto concessivo di causa di servizio;
- (6) descrivere il tipo di ausilio sanitario/protesico richiesto ai fini della autorizzazione preventiva al rimborso;
- (7) indicare le prestazioni sanitarie e/o ricoveri in luoghi di cura ai fini dell'autorizzazione preventiva al rimborso;
- (8) per il dettaglio della documentazione obbligatoria da allegare, si fa rinvio alla circolare n. M_D GPREV REG2016 0023657 del 15 febbraio 2016 della Direzione Generale della Previdenza Militare e della Leva, rinvenibile sul sito della predetta Direzione Generale;
- (9) la presente domanda può essere sottoscritta con firma autografa (in questo caso va inoltrata, allegando il documento di identità dell'istante) ovvero con firma digitale.