

DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO

da presentare presso il Comando in cui si presta servizio

Alla DIREZIONE GENERALE DELLA PREVIDENZA MILITARE E DELLA LEVA
Viale dell'Esercito, n. 186 (1)

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 presso (2) _____

CHIEDE

il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per per la/le seguente/i infermità (3):

ritenendo la stessa/e contratta/e in servizio per i seguenti motivi (4):

DICHIARA

- 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

- eventuale documentazione sanitaria utile a identificare la patologia;

- dichiarazione, a mente dell'art. 50 del d.P.R. n. 686/1957, di non aver percepito alcun compenso in virtù di assicurazione a carico dello Stato o di altra pubblica amministrazione.

Data _____

Firma (5) _____

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 (5) _____

Note:

- (1) il comando da cui dipende l'interessato provvederà ad assumere la presente istanza a protocollo con data certa e, dopo averla istruita come da disposizioni indicate nella circolare n. M_D/GPREV/0700663 dell'8 gennaio 2013, invierà la richiesta dell'interessato alla competente Commissione Medica Ospedaliera. Completata l'istruttoria di competenza il Comando interessato provvederà alla redazione di un fascicolo digitale, che verrà trasmesso al seguente indirizzo di posta elettronica: previmil@postacert.difesa.it;
- (2) indicare Ente in cui si presta servizio;
- (3) descrivere sinteticamente infermità/lesione per la quale si chiede il riconoscimento della causa di servizio;
- (4) riportare sinteticamente nell'istanza i periodi e i fatti di servizio che hanno determinato l'insorgenza della malattia e che sono rilevanti ai fini dell'accertamento del nesso di causalità;
- (5) 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.