

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE
DEI BENEFICI PREVISTI DAL D.P.R. N. 243/2006
PER IL PERSONALE CHE HA CONTRATTO INFERMITÀ/LESIONE
PERMANENTEMENTE INVALIDANTE PER LE PARTICOLARI
CONDIZIONI AMBIENTALI OD OPERATIVE
AI SENSI DELL'ART.1 COMMA 564 LEGGE N. 266/2005**

Alla DIREZIONE GENERALE DELLA PREVIDENZA MILITARE E DELLA LEVA
II Reparto – Servizio Speciali Benefici
Viale dell'Esercito, n. 186 (1)
previmil@postacert.difesa.it
previmil@previmil.difesa.it

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) _____
oppure in congedo dal _____ (3) presso (4) _____

FA PRESENTE CHE

la seguente infermità/lesione permanentemente invalidante (5)
_____,
è da ritenersi in rapporto di causalità con il servizio prestato, in quanto contratta in occasione o a seguito della
missione svolta, **secondo quanto indicato nell'allegata dichiarazione.**

CHIEDE

che l'infermità da cui è affetto/a sia riconosciuta dipendente da causa di servizio per le particolari condizioni
ambientali od operative, ai fini della concessione dei benefici previsti dal D.P.R. n. 243/2006 (speciale
elargizione, assegno vitalizio e speciale assegno vitalizio).

DICHIARA
(ai sensi degli artt. 45, 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445)

**1. DI AVER SVOLTO EVENTUALE ATTIVITA' LAVORATIVA PRESSO DATORI DI LAVORO
ESTERNI ALLA F.A. NEI PERIODI ANTECEDENTI L'ARRUOLAMENTO E/O SUCCESSIVI
AL CONGEDO: ☐ SI ☐ NO**

In caso di risposta affermativa specificare:

a. *ho lavorato* *dal* _____ *al* _____

presso (indicare ditta/società): _____

operante nel settore: _____

con le seguenti mansioni professionali:

b. *ho lavorato* *dal* _____ *al* _____

presso (indicare ditta/società): _____

operante nel settore: _____

con le seguenti mansioni professionali:

c. *ho lavorato* *dal* _____ *al* _____

presso (indicare ditta/società): _____

operante nel settore: _____

con le seguenti mansioni professionali:

2. RELATIVAMENTE AL GIUDIZIO DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO AI SENSI DEL DPR 1092/1973 O DPR 461/2001

di avere già presentato istanza di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per la medesima infermità: ☐ SI ☐ NO

la cui trattazione è: ☐ Definita favorevolmente; ☐ Definita negativamente; ☐ In Itinere;

In caso affermativo compilare il riquadro sottostante ed eventualmente allegare copia dei relativi provvedimenti emessi (concessivi e/o di diniego) afferenti anche gli eventuali benefici economici corrisposti (Equo Indennizzo, Pensione Privilegiata Ordinaria):

<i>PROVVEDIMENTO</i>	<i>ENTE EMITTENTE</i>	<i>ESTREMI PROVVEDIMENTO</i>	<i>BENEFICIO</i>	<i>IMPORTO PAGATO</i>

3. RELATIVAMENTE ALLA CERTIFICAZIONE DEI BENEFICI GIA' PERCEPITI IN APPLICAZIONE DELLE DISPOSIZIONI DI CUI ALL'ART.4 DEL DPR 510/1999

a) di avere percepito, ovvero di essere in procinto di percepire, o di aver presentato istanza per ulteriori provvidenze pubbliche a carico dello Stato a carattere continuativo (assegni mensili, rendite vitalizie, altri speciali benefici aventi la stessa natura) per la medesima infermità: ☐ SI ☐ NO

In caso affermativo compilare il riquadro sottostante ed eventualmente allegare copia del provvedimento:

<i>BENEFICIO</i>	<i>ENTE EROGATORE</i>	<i>IMPORTO PAGATO</i>	<i>ESTREMI PROVVEDIMENTO</i>

b) di avere percepito, ovvero di essere in procinto di percepire, o di aver presentato istanze per ulteriori provvidenze pubbliche a carico dello Stato a carattere non continuativo (speciale elargizione, risarcimento del danno, indennizzi assicurativi, altri speciali benefici aventi la stessa natura) per la medesima infermità: ☐ SI ☐ NO

In caso affermativo compilare il riquadro sottostante ed eventualmente allegare copia del provvedimento:

<i>BENEFICIO</i>	<i>ENTE EROGATORE</i>	<i>IMPORTO PAGATO</i>	<i>ESTREMI PROVVEDIMENTO</i>

4. RELATIVAMENTE ALLA CERTIFICAZIONE DELLE COORDINATE BANCARIE SU CUI EFFETTUARE L'ACCREDITO DEI BENEFICI SPETTANTI

Di essere titolare del seguente Conto Corrente Bancario/ Postale :

Codice IBAN – “ DEVE essere annotato con la massima PRECISIONE e controllare che sia composto da 27 caratteri																											
CODICE PAESE		CODICE CONTROLLO		CIN	ABI				CAB			NUMERO DI CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE															

(in caso di conto corrente cointestato è necessaria la sottoscrizione di tutti gli intestatari)

Di avere il seguente Codice Fiscale:

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

DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa alla propria residenza/domicilio, nonché ai recapiti telefonici/digitali, all'IBAN e comunque ad ogni altro dato comunicato 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.

Data _____

Firma (6) _____

ALLEGA:

- Copia di documento di identità ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000.
- **Dichiarazione informativa nella quale sono state dettagliatamente indicate la natura dell'infermità e le circostanze relative all'insorgenza della malattia. In tale dichiarazione è necessario indicare precisamente la/le missione/i, l'incarico svolto e il relativo periodo;**
- Documentazione sanitaria comprensiva delle certificazioni mediche attestanti la malattia e le conseguenze sull'integrità fisica, psichica o sensoriale;

☐ Eventuale ulteriore documentazione:

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 (6) _____

Note:

- (1) la presente istanza va preferibilmente trasmessa al seguente indirizzo PEC: previmil@postacert.difesa.it;
- (2) indicare Ente in cui si presta servizio;
- (3) indicare data di cessazione dal servizio;
- (4) indicare l'ultimo Ente in cui si è prestato servizio;
- (5) indicare patologia per la quale si chiede la concessione del presente beneficio;
- (6) 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 (trasmettendola all'indirizzo di posta elettronica certificata previmil@postacert.difesa.it).