

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE
DEI BENEFICI PREVISTI DAL D.P.R. N. 243/2006
PER I SUPERSTITI DEL PERSONALE DECEDUTO A CAUSA DI
INFERMITA'/LESIONE CONTRATTA 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*) _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente in _____ (prov. _____) cap _____
via/piazza _____ tel. _____
cellulare _____ email _____
pec _____
(grado di parentela con il deceduto) _____ del (*cognome e nome*)
_____, Grado _____,
Forza Armata _____, in congedo dal _____

FA PRESENTE CHE

la morte del proprio congiunto è da ricondurre alla seguente infermità/lesione
_____,
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 che ha provocato il decesso del proprio congiunto 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).

1. RELATIVAMENTE ALLA CERTIFICAZIONE DI RESIDENZA, CITTADINANZA E NASCITA

c) Che il congiunto non ha lasciato altri figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati, naturali riconosciuti o giudizialmente dichiarati tali all'infuori di quelli sopra indicati.

d) Che tra il congiunto ed il coniuge _____
(cognome e nome del coniuge)

è intervenuta Sentenza di cessazione degli effetti civili del matrimonio ☐ SI ☐ NO

(In caso affermativo allegare copia della sentenza di divorzio).

e) Che l'interessato ha lasciato disposizioni testamentarie: ☐ SI ☐ NO

(In caso affermativo allegare copia del testamento)

f) Che è stata redatta certificazione di successione legittima: ☐ SI ☐ NO

(In caso affermativo allegare copia dell'atto di successione legittima)

g) Che alla data del decesso del congiunto vi erano familiari fiscalmente a carico dello stesso:

☐ SI ☐ NO

(Dati desumibili dalla dichiarazione dei redditi del congiunto per l'anno d'imposta in cui è occorso il decesso)

In caso affermativo indicare i nominativi dei familiari fiscalmente a carico del de cuius:

3. 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):

PROVVEDIMENTO	ENTE EMITTENTE	ESTREMI PROVVEDIMENTO	BENEFICIO	IMPORTO PAGATO

4. RELATIVAMENTE ALL'EVENTUALE ATTIVITA' LAVORATIVA PRESTATA 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:

5. 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>

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

Di essere titolare del seguente Conto Corrente Bancario/ Postale :

[illegible]

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

Di avere il seguente Codice Fiscale:

[illegible]

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 (2) _____

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 causa del decesso, nonché i fatti di servizio 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 del certificato ISTAT di morte o certificazione medica attestante la causa del decesso;
- ☐ Eventuale Sentenza di divorzio;
- ☐ Eventuale atto testamentario e/o successione legittima;
- ☐ 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 (2) _____

Note:

- (1) la presente istanza va preferibilmente trasmessa al seguente indirizzo PEC: previmil@postacert.difesa.it;
- (2) 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).