

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE
DEI BENEFICI PREVISTI DAL D.P.R. N. 243/2006
PER IL PERSONALE CHE HA SUBITO UN'INVALIDITA' PERMANENTE
IN ATTIVITA' DI SERVIZIO PREVISTA
DALL'ART.1 COMMA 563 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 lesione permanentemente invalidante (5)

_____ ,
riportata in data _____, è da ritenersi in rapporto di causalità per effetto diretto del servizio
prestato in una delle seguenti attività previste dall'art. 1 comma 563 Legge n. 266/2005, **secondo quanto**

indicato nell'allegata dichiarazione:

- a) nel contrasto ad ogni tipo di criminalità;
- b) nello svolgimento di servizi di ordine pubblico;
- c) nella vigilanza ad infrastrutture civili e militari;
- d) in operazioni di soccorso;
- e) in attività di tutela della pubblica incolumità;
- f) a causa di azioni recate nei loro confronti in contesti di impiego internazionale non aventi, necessariamente, caratteristiche di ostilità.

CHIEDE

la 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. 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>

2. 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>

3. 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 è stata dettagliatamente indicata la dinamica dell'evento e le circostanze nelle quali è stata riportata la lesione traumatica. In tale dichiarazione è necessario indicare precisamente la missione/attività di servizio e l'incarico svolto;**
- 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).