

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE
DELLA SPECIALE ELARGIZIONE PREVISTA PER LE
VITTIME DEL SERVIZIO AI SENSI DELL'ART. 1895 DEL DLGS 66/2010**

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 _____

FA PRESENTE CHE

la morte del proprio congiunto per la seguente lesione/infermità,
_____ è occorsa in data _____ durante l'attività di Servizio svolta presso
_____, **secondo quanto indicato nell'allegata dichiarazione.**

CHIEDE

la concessione della Speciale Elargizione prevista dall'art. 1895 del DLgs n. 66/2010.

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 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>

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