

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE
DEI BENEFICI PREVISTI DALLA LEGGE 206/2004 PER IL PERSONALE
CHE HA SUBITO UNA LESIONE TRAUMATICA A CAUSA DI EVENTO
TERRORISTICO**

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)

_____ ,
è da ritenersi in rapporto di causalità con l'evento Terroristico occorso in data _____, in
località _____, **secondo quanto indicato nell'allegata dichiarazione.**

CHIEDE

la concessione dei benefici previsti dalla Legge n. 206/2004 (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 / 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>

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).