

---

---

---

---

**Oggetto: Domanda di riconoscimento di causa di servizio**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e mail  
\_\_\_\_\_ domiciliat \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ in  
servizio presso \_\_\_\_\_  
con inquadramento professionale nella categoria \_\_\_\_\_ livello economico \_\_\_\_\_ essendo affett \_\_\_\_\_  
dalle seguenti infermità diagnosticate **come da certificazione medica allegata:**

---

---

---

---

**chiede, per le medesime, il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio**

\_ L\_ sottoscritt ritiene di aver contratto le suddette infermità per le seguenti ragioni di servizio

---

---

---

---

---

---

Chiede , pertanto, la concessione dei seguenti benefici:  equo indennizzo  pensione privilegiata

\_ L\_ sottoscritt\_ con la presente:

- **dà il proprio consenso** alla trattazione e comunicazione da parte degli uffici competenti dei dati personali sensibili relativi all'oggetto del procedimento (art. 5, comma 5, DPR n. 461/2001);
- **si impegna a comunicare** a codesto ufficio l'eventuale fruizione, per la medesima infermità che costituisce l'oggetto del presente procedimento, di somme (per indennizzo o rendita) dall'INAIL e comunque da altre assicurazioni i cui premi sono a carico di amministrazioni pubbliche;

Allega la seguente documentazione:

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_