
Oggetto: Domanda di riconoscimento di causa di servizio PER INFORTUNIO IN SERVIZIO

I sottoscritt _____ nat_ a _____ il
_____ cod.fisc. _____ tel. _____ e mail
_____ domiciliat _____ cap _____ in
servizio presso _____
con inquadramento professionale nella categoria _____ livello economico _____

chiede

che le lesioni riportate a seguito dell'infornuto avvenuto in servizio il _____ alle ore
alle ore _____ diagnosticata, come da certificazione medica allegata:

vengano riconosciute come contratte in servizio e per causa di servizio.

L'infornuto è avvenuto con le seguenti modalità:

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

__ I_ 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 certificazione medica ed **altra documentazione al fine di far rilevare l'assenza di colpa grave e dolo:**

Data _____

Firma _____