



Regione Siciliana

**RAMO DI AMMINISTRAZIONE**  
**Dipartimento** \_\_\_\_\_

*Area/servizio stato giuridico*

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

U.O. n. \_\_\_\_ - fax \_\_\_\_\_ PG/2010/ \_\_\_\_\_

.....  
 RISPOSTA A.....  
 DEL.....

RACCOMANDATA A/R

Sig. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_  
**CAP - Città** \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ - Richiesta riconoscimento  
 infermità dipendente da causa di servizio ed equo indennizzo

Con istanza del \_\_\_\_\_ la S.V. ha chiesto con riferimento all'infermità  
 " \_\_\_\_\_ " il riconoscimento della dipendenza da causa di  
 servizio, ed il connesso beneficio dell'equo indennizzo.

Considerato che la S.V. aveva la piena conoscibilità della propria patologia sin dal  
 \_\_\_\_\_, così come indicato dalla Commissione medica - verbale n. \_\_\_\_ del  
 \_\_\_\_\_ - ai sensi dell'art. 6, comma 6, del DPR n. 461/2001, **spiace comunicare che  
 questa Amministrazione non può accogliere l'istanza per decadenza dei termini di  
 presentazione.**

L'articolo 2 del DPR n. 461/2001 dispone, infatti, di presentare l'istanza entro il termine di  
 6 mesi dalla data in cui si è verificato l'evento o da quella in cui ha avuto conoscenza  
 dell'infermità o della lesione.

Avverso il presente provvedimento è esperibile ricorso giurisdizionale al giudice del  
 lavoro, previo tentativo di conciliazione obbligatorio.

IL DIRIGENTE

---

ISTRUTTORE/FUNZIONARIO  
 Cognome Nome tel. \_\_\_\_\_  
[username@regione.sicilia.it](mailto:username@regione.sicilia.it)