
Oggetto: Domanda di riconoscimento di causa di servizio

I 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 _____

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

Il 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'incidento *in itinere* subito il _____ alle ore
_____ durante il tragitto:

- abitazione/sede di lavoro;
- sede di lavoro/abitazione

diagnosticate, **come da certificazione medica allegata:**

venga riconosciuta come contratta in servizio e per causa di servizio.

L'incidento è avvenuto nei pressi _____ 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;
- **dichiara** che il tragitto abitazione/sede di servizio- sede di servizio/abitazione è il seguente:

Allega la seguente certificazione medica ed **altra documentazione al fine di far rilevare l'assenza di colpa grave e dolo:**

Data _____

Firma _____

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

Il 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'infornio 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'infornio 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 _____

**Modello di DELEGA ALLA RISCOSSIONE ad un erede
(predisposto per due deleganti)**

1) Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ via _____

2) Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ via _____

in qualità di erede__ dichiara/no di **delegare** il/la sig. /ra _____
nato/a il _____ a _____ cod. fisc. _____
residente a _____ in via _____

alla riscossione dell' importo relativo all' equo indennizzo secondo la seguente modalità: **bonifico** sul c/c
allo/a stesso/a intestato

□ □ □ □ | □ | □ □ □ □ □ | □ □ □ □ □ | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
CIN INTERNAZ. CIN ABI CAB N. CONTO CORRENTE

Intrattenuto presso: _____
indicare l'Istituto di credito

filiale di: _____
indicare la sede (comune e CAP)

Firma del primo delegante

Firma del secondo delegante

1) _____ 2) _____

Ai sensi dell'art. 21, c. 2, DPR 445/00, **attesto che**, la/e firma/e sopra esposta/e, sono state rese dal/i delegante/i in
mia presenza e da me identificato/i mediante

1) _____ (*)

2) _____ (*)

Qualifica rivestita dell'addetto incaricato _____ (**)

Luogo _____ Data _____

Timbro ente

Firma

(*) Inserire i dati di un documento d'identità valido o la dicitura "conoscenza personale" (nello spazio 1) del 1° delegante
nello spazio 2) dell'eventuale 2° delegante)

(**) Possono autenticare: dipendente addetto a ricevere la documentazione, notaio, cancelliere, segretario comunale o altro
dipendente incaricato dal sindaco e, per i residenti all'estero, l'Autorità consolare italiana.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Art. 47 DPR 28.12.2000 n. 445

(Rif. art. 50, comma 2, DPR n. 686/1957)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente in _____ via _____ c.a.p. _____
tel. ufficio _____, codice fiscale _____

consapevole:

- che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non avere percepito da istituti di assicurazione i cui premi sono a carico di Amministrazioni pubbliche, altro indennizzo per la stessa infermità quivi riconosciuta come dipendente da causa di servizio né di avere in corso presso detti istituti alcun procedimento in tal senso;
- di avere percepito
 - dall' INAIL
 - dall'Istituto di assicurazione _____i cui premi sono a carico di Amministrazione pubblica, l'importo di € _____ quale
 - o indennizzo
 - o renditaper la stessa infermità per la quale è stata richiesta la dipendenza da causa di servizio;

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

(firma per esteso *)

(*) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
Artt. 47 DPR 28.12.2000 n. 445

Resa con riferimento all'art. 50, comma 2, DPR n. 686/1957

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente in _____ via _____ c.a.p. _____
_____ tel. ufficio _____, codice fiscale _____

consapevole:

- che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- che in caso di dichiarazioni mendaci, oltre alla decadenza dal beneficio dell'equo indennizzo, si è puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

DICHIARA, ai fini della concessione dell'equo indennizzo:

- di non avere percepito da istituti di assicurazione i cui premi sono a carico di Amministrazioni pubbliche, altro indennizzo per la stessa infermità quivi riconosciuta come dipendente da causa di servizio né di avere in corso presso detti istituti alcun procedimento in tal senso;
- di avere percepito
 - dall' INAIL
 - dall'Istituto di assicurazione _____

i cui premi sono a carico di Amministrazione pubblica, l'importo di € _____ quale
 indennizzo
 rendita
per la stessa infermità per la quale è stata richiesta la dipendenza da causa di servizio;

e CHIEDE:

- che l'eventuale importo spettante, quale equo indennizzo, Gli/Le venga accreditato nel seguente conto corrente:

IBAN:

□ □ □ □ | □ | □ □ □ □ □ | □ □ □ □ □ | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
CIN INTERNAZ. CIN ABI CAB N. CONTO CORRENTE

Intrattenuto presso: _____
indicare l'Istituto di credito

filiale di: _____
indicare la sede (comune e CAP)

(luogo e data)

(firma per esteso *)

(*) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ASSUNZIONE DI DICHIARAZIONE TESTIMONIALE

OGGETTO: infortunio occorso al dipendente _____

In data _____ - Dichiarazione spontanea.

Il giorno _____, alla presenza del dirigente dell'ufficio e del funzionario/istruttore _____ con funzione di verbalizzante, è comparso il dipendente _____ il quale spontaneamente dichiara quanto segue:

_____ *Riportare la descrizione dell'infortunio rappresentata dal dipendente* _____

La presente dichiarazione, conservata agli atti, potrà essere utilizzata nei procedimenti amministrativi che lo richiedano, nonché in caso di controversia giudiziale.

Il dichiarante conferma di essere a conoscenza che eventuali false dichiarazioni possono portare all'apertura di procedimenti penali e civili, nonché disciplinari a proprio carico.

Sede _____

IL DICHIARANTE _____ FIRMA _____

IL VERBALIZZANTE _____ FIRMA _____

IL DIRIGENTE _____ FIRMA _____

REPUBBLICA ITALIANA

REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO REGIONALE DELLE AUTONOMIE LOCALI
E DELLA FUNZIONE PUBBLICA**Dipartimento regionale della funzione pubblica regionale**
*SERVIZIO GESTIONE GIURIDICA ED ECONOMICA DEL PERSONALE REGIONALE IN QUIESCENZA***IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO**

VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;

VISTO l'art. 68 del D.P.R. 10/1/1957, n. 3, e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il D.P.R. 3/1/1957, n. 686, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. 25/4/1969, n. 11, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D.P.R. 30/12/1981, n. 834;

VISTA l'art. 20 della L.R. 3/5/1979, n. 73, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la circolare n. 50367 del 2/5/1995;

VISTA la L.R. 15/5/2000, n. 10;

VISTO il D.P.R. 28/12/2000, n. 445;

VISTO il D.lgs 30/3/2001, n. 165;

VISTO il D.P.R. 29/10/2001, n. 461;

VISTO D.lgs 30/6/2003, n. 196;

VISTO il Decr. 12-2-2004;

VISTO il Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari ai sensi degli artt. 20 e 21 del D.Lgs. 196/2003, del Dipartimento Regionale del personale, dei servizi generali, di quiescenza, previdenza ed assistenza del personale, della Presidenza della Regione siciliana, approvato con D.A. n. 2102 del 15/5/2006;

VISTA l'istanza del _____ con la quale il/la **sig./ra** _____ **nato/a a** _____ **il** _____, residente in _____, via _____ già/in servizio presso _____ in pensione da _____ ha chiesto il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio e la concessione dell'equo indennizzo per l'infermità _____, giusto infortunio del _____.

VISTO il verbale della Commissione medica di verifica riportante il giudizio diagnostico "-----" con l'indicazione, per la corrispondente menomazione dell'integrità fisica/ psichica/ sensoriale, dell'ascrivibilità alla categoria _____ della tabella A;

VISTO il parere del Comitato per le pensioni privilegiate di cui al verbale della seduta del _____, ed il parere favorevole - ivi contenuto - sulla dipendenza da causa di servizio delle infermità/lesioni _____;

VISTA la dichiarazione prodotta dalla sig.ra -----in relazione a quanto previsto dal DPR n. 686/1957, art. 50, comma 2;

RITENUTO pertanto di dover concedere l'equo indennizzo, nella misura massima, con riferimento all'ascrivibilità di menomazione di cui al giudizio del citato verbale della Commissione medica;

CONSIDERATO che lo stipendio tabellare di cui alla tabella annessa all'art. 20, L.R. n. 73/1979, per determinare la misura dell'equo indennizzo, va riferito al contratto economico vigente alla data **della domanda/dell'inizio del procedimento d'ufficio** di concessione dell'equo indennizzo;

D.D.S. _____

CONSIDERATO che, ai sensi della normativa vigente, con riferimento alla **PRIMA:OTTAVA** Categoria di menomazione di cui alla tabella _____, allegata al D.P.R. 30/12/1981, n. 834, l'importo dell'equo indennizzo, corrisponde al _____ per cento dell'importo stabilito per la prima categoria, così determinato:

percentuale _____ di _____ (importo stabilito per la prima categoria Tabella A) = € _____

CONSIDERATO che detto importo va ridotto del 25-50%, ed è pertanto pari a _____ in quanto il sig. _____ alla data della domanda ha superato i 50-60 anni di età;

PRESO ATTO che il sig. _____ ha conseguito la pensione privilegiata, ed allo stesso spetta la metà dell'equo indennizzo così come determinato;

PRESO ATTO che, per la stessa menomazione dell'integrità fisica/psichica/sensoriale, il sig. _____ ha percepito l'indennizzo di € _____, da _____, assicurazione i cui premi sono a carico della Regione, e che detto importo va dedotto dall'equo indennizzo;

CONSIDERATO che, in applicazione delle predette riduzioni, la somma spettante quale equo indennizzo va determinata come segue:

- importo **PRIMA:OTTAVA** Categoria Tabella ex art. 20, L.R. n.73/1979 € _____ ridotta del 25-50%
= € _____

- importo ridotto della metà in quanto il beneficiario è titolare di pensione privilegiata:

€ _____ : 2 = € _____

- importo decurtato della somma erogata dall'Assicurazione

€ _____ - € _____ (indennizzo assicurativo) = € _____

DECRETA

Art. 1) E' riconosciuta dipendente da causa di servizio l'infermità _____ del sig. _____ nato a _____ il _____.

Art. 2) Per quanto in premessa e all'articolo 1 del presente decreto, verrà liquidata a favore del sig. _____, per la riconosciuta menomazione dell'integrità fisica/psichica/sensoriale, l'equo indennizzo di € _____, determinato con riferimento all'ascrivibilità di menomazione di cui alla tabella _____ allegata al D.P.R. 30/12/1981, n. 834 categoria _____.

Art. 3) E' impegnata la somma di € _____ sul **Capitolo 109703** del Bilancio della Regione Siciliana per l'esercizio in corso.

Il presente decreto verrà trasmesso alla competente Ragioneria centrale per il visto di registrazione.

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

Palermo li _____

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Vitalba Vaccaro)



Regione Siciliana

ASSESSORATO REGIONALE DELLE AUTONOMIE
LOCALI E DELLA FUNZIONE PUBBLICA

Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale

Serviziogestione giuridica ed economica del personale

.....

PG/2010/_____

RACCOMANDATA A/R

Sig. _____

Via _____

CAP - Città _____

.....
RISPOSTA A.....

DEL.....

OGGETTO: Sig. _____ nato a _____ - Richiesta riconoscimento infermità dipendente da causa di servizio e benefici connessi

Provvedimento di diniego

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.

La Commissione medica ospedaliera nel verbale n. _____ con riferimento al giudizio diagnostico " _____ " ha indicato per la corrispondente menomazione dell'integrità fisica, psichica, sensoriale l'ascrivibilità alla categoria _____ della tabella A.

Il Comitato per le pensioni privilegiate ha reso nella seduta del _____ parere sfavorevole con riferimento alla dipendenza da causa di servizio, motivando " _____ ".

Per quanto sopra, ai sensi del DPR n. 461/2001, su conforme parere del Comitato per le pensioni privilegiate, l'infermità in argomento non è riconosciuta quale dipendente da causa di servizio.

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

IL DIRIGENTE del SERVIZIO

Il Responsabile del Procedimento



Regione Siciliana

**ASSESSORATO REGIONALE DELLE AUTONOMIE
LOCALI E DELLA FUNZIONE PUBBLICA****Dipartimento della Funzione Pubblica e del Personale****Servizio.... Gestione Giuridica ed Economica del Personale**

Indirizzo _____ tel _____

U.O. n. ____ - fax _____ PG/2010/ _____

.....

RISPOSTA A.....

DEL.....

**Comitato per le pensioni privilegiate
Via Notarbartolo
Palermo****OGGETTO: Sig. _____ - istanza di riconoscimento causa di servizio.**

Si trasmette, per il prescritto parere, in busta chiusa, la pratica in oggetto indicata, significando quanto segue:

- con istanza acquisita agli atti con timbro in entrata del _____, il sig. _____ chiede il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio delle patologie riportate nella tabella allegata alla presente, e per le quali la Commissione medica ai sensi dell'art. 6, comma 6, del DPR n. 461/2001 ha indicato le rispettive date di conoscibilità;
- a norma dell'art. 2 del DPR n. 461/2001, il dipendente deve presentare istanza di riconoscimento infermità per causa di servizio entro il termine di 6 mesi dalla data in cui ha avuto conoscenza dell'infermità o della lesione;

per quanto sopra, si chiede a codesto Comitato di esprimere il prescritto parere limitatamente alle patologie, di cui al prospetto allegato in busta chiusa, con istanza prodotta entro i termini previsti.

Il Dirigente del Servizio



Regione Siciliana
 Assessorato alla Funzione Pubblica e del
 Personale

Dipartimento della Funzione Pubblica e del Personale
Servizio Gestione Giuridica ed Economica del Personale
 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 del Servizio



Regione Siciliana
 Assessorato alla Funzione Pubblica e del
 Personale

Dipartimento della Funzione Pubblica e del Personale
Servizio gestione Giuridica ed Economica del Personale

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

Indirizzo _____ tel _____

U.O. n. ____ - fax _____ PG/2010/ _____

RACCOMANDATA A/R

Sig. _____
 Via _____
CAP - Città _____

OGGETTO: Procedimento in itinere relativo alla richiesta di riconoscimento della dipendenza di infermità da causa di servizio e concessione equo indennizzo.

Per le patologie di cui alla richiesta in oggetto e riportate sotto in tabella, la Commissione medica, con verbale n. _____ del _____, ai sensi dell'art. 6, comma 6, del DPR n. 461/2001 ha indicato le rispettive date di conoscibilità.

Patologie adottate	Data conoscibilità

A norma dell'art. 2 del DPR n. 461/2001, il dipendente deve presentare istanza di riconoscimento infermità per causa di servizio entro il termine di 6 mesi dalla data in cui ha avuto conoscenza dell'infermità o della lesione.

Per quanto sopra, e fatti salvi gli ulteriori accertamenti ai fini del riconoscimento della dipendenza da causa di servizio della/e infermità addotta/e, si comunica che, ai fini dell'eventuale concessione dell'equo indennizzo, verrà considerata la/le sola/e patologia/e " _____".

La S.V., avverso il presente provvedimento, potrà ricorrere al giudice del lavoro previo tentativo obbligatorio di conciliazione.

Il dirigente del Servizio