

**AL MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI DI RAGIONERIA
UFFICIO VII TRATTAMENTO DI PENSIONE E PREVIDENZA**

ROMA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Qualifica _____ della Polizia di Stato, in servizio presso _____

_____ Cessato/a dal servizio il _____

residente a _____ Via _____

_____ nr. _____ CAP _____

Tel. _____

Essendo affetto dalle/a seguente/i infermità: _____

CHIEDE

- Il Riconoscimento della Dipendenza da Causa di Servizio (D.P.R. 461/01 art.2) della/e infermità di cui sopra. In base alla circolare Ministeriale n. 333/H/N43 del 29/1/2008, allega una dichiarazione a firma del sottoscritto, attestante il servizio svolto nella Polizia di Stato che, a proprio parere, ha determinato l'insorgenza della/e succitata/e infermità.
- L'Equo Indennizzo (L. 1094/70- DPR 461/01 art.2 e art.7) per la/le infermità di cui sopra.
- L'Aggravamento (DPR 461/01 art. 2) per le/la infermità di cui sopra.
- Il Riconoscimento dell' Interdipendenza da causa di servizio (D.P.R. 461/01) della/e infermità di cui sopra con l'infermità riconosciuta causa di servizio con D.M. nr. _____.
- L'Ascrivibilità a categoria ai fini dell'equo-indennizzo (DPR 461/01 art.2) per la/le infermità di cui sopra.
- L'Indennità UNA TANTUM (DPR 738/81 – DPR 461/01 art. 19) per la/le infermità di cui sopra.

Dichiara di acconsentire alla trattazione e comunicazione, da parte degli Uffici competenti, dei propri dati personali, relativi al procedimento attivato con la presente istanza.

ALLEGATI: _____

(Timbro lineare dell'Ufficio)

Visto: si attesta che la presente istanza è stata presentata il _____ e, in data odierna, registrata al nr. _____ del registro di protocollo di questo Ufficio.

Roma li' _____

(firma del dirigente/funziionario)
