

FAC-SIMILE

Al Ministero dell'Interno
Dipartimento della Pubblica Sicurezza
Direzione Centrale per le Risorse Umane
Servizio trattamento di pensione e di Previdenza
Divisione IV
Via Cavour n°216
00184 ROMA

__ sottoscritt__
nat__ a__ (____) il__
____ della Polizia di Stato

IN SERVIZIO presso____
 CESSAT__ DAL SERVIZIO, residente a____
Via____ n°____ C.A.P.____

Essendo affett__ dall__ seguent__ infermità:____

CHIEDE

- il RICONOSCIMENTO della dipendenza da causa di servizio (D.P.R.461/01 art.2) dell__ infermità di cui a__ numer__
- l'EQUO INDENNIZZO (L. 1094/70-D.P.R. 461/01 art.2 e art.7) per l__ infermità di cui a__ numer__
- l'INDENNITA' UNA TANTUM (D.P.R. 738/81-D.P.R. 461/01 art.19) per l__ infermità di cui a__ numer__
- l'AGGRAVAMENTO (D.P.R. 461/01 art.2) dell__ infermità di cui a__ numer__

DICHIARA

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

____ , ____
(località) (data)

(firma)