

**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)