

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA**

OGGETTO: Domanda di dipendenza di infermità da causa di servizio.

Il/La sottoscritto/a _____ nat a _____ il
_____ e residente a _____ Via _____ n. _____

in servizio presso codesta Azienda Ospedaliera con la qualifica di _____,

Venendo a conoscenza in data _____ di essere affetto dalla seguente infermità/lesione:

(accertamento diagnostico effettuato il _____ da _____).

Poiché ritiene che l'infermità/lesione sia da porre in diretto nesso di causa/concausa con il servizio svolto:

dal _____ al _____

per le seguenti condizioni di lavoro:

CHIEDE

previ accertamenti disposti dagli Organi competenti ai sensi delle vigenti disposizioni di legge:

- IL RICONOSCIMENTO della dipendenza da causa di servizio (D.p.r. 461/01 art.2)
- L'EQUO INDENNIZZO (D.p.r. 461/01 art. 2 art. 7
- L'AGGRAVAMENTO di causa di servizio precedentemente accertata (D.p.r. 461/01 art.2)

ALLEGA la seguente documentazione:

1. _____

2 - _____

3 _____

Data _____

*firma _____

* allegare fotocopia di un documento di riconoscimento del sottoscrittore.

DICHIARA

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

Il/La sottoscritt__ dichiara di avere ricevuto l'informativa prevista dall'art.13 del D.Lgs. 30.6.03 n.196, unitamente ad un estratto del D.Lgs. stesso, contenente l'art.13.

Località _____, data _____

firma _____