

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE  
DI PENSIONE PRIVILEGIATA ORDINARIA**  
(successiva al riconoscimento della causa di servizio)

**(1) AL MINISTERO DELLA DIFESA**  
**Direzione Generale della Previdenza Militare**  
**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**  
**\_\_ Reparto – \_\_ ^ Divisione**  
**Viale dell'Esercito n. 186**  
**00143 ROMA**

Il/La sottoscritto/a (grado e F.A.), nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_,  
riformato/a o cessato/a dal servizio il \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

la concessione della pensione privilegiata ordinaria per la/le seguente/i infermità:

1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
riconosciuta SI' dipendente da causa di servizio con il seguente provvedimento (decreto; MOD. AB  
delle C.M.O. – infermità anteriori al 2001); MOD. C:

\_\_\_\_\_ ;

2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
riconosciuta SI' dipendente da causa di servizio con il seguente provvedimento (decreto; MOD. AB  
delle C.M.O. – infermità anteriori al 2001); MOD. C:

\_\_\_\_\_ ;

3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
riconosciuta SI' dipendente da causa di servizio con il seguente provvedimento (decreto; MOD. AB  
delle C.M.O. – infermità anteriori al 2001); MOD. C: \_\_\_\_\_ ;

./.

## Dichiara

che per le infermità sopraindicate di cui ai numeri \_\_\_\_\_ ha percepito l'equo indennizzo liquidato \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ D.M.

\_\_\_\_\_ .  
Allega (ove in possesso)

- copia o estremi dei precedenti processi verbali (modello "AB" o modello "C"), nonché estremi del parere del Comitato di Verifica per le Cause di Servizio;
- copia o estremi di eventuali decreti concessivi di equo indennizzo per la/e medesima/e infermità;
- copia o estremi di eventuali decreti di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per la/e medesima/e infermità.

(Luogo e Data)

\_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_

Nota:

(1) Nei casi in cui è subentrata l'INPDAP nella gestione pensionistica (vedasi punto 1.14) la domanda deve essere presentata al predetto Ente.



(1) \_\_\_\_\_

Bollo

(2) \_\_\_\_\_

Mod. C. n. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

## Dipendenza da causa di servizio di lesione traumatica

(Legge 1° marzo 1952, n. 157 - circ. 192 G.M. 1952)

(3) .....

.....

N. \_\_\_\_\_ di prot.

*Alla Direzione* <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OGGETTO:** <sup>(4)</sup> .....

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_ ricoverato

in codesto luogo di cura in data \_\_\_\_\_ per <sup>(5)</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ riportata il <sup>(6)</sup> \_\_\_\_\_

### PARTE I

### Dichiarazione di lesione traumatica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (1) Spazio riservato all'Ente Sanitario Militare che esprime il giudizio.
- (2) Nominativo dell'Ospedale o Infermeria Presidiarla o Autonoma.
- (3) Comando o Ufficio dal quale dipende il ricoverato.
- (4) Grado, Cognome e Nome del ricoverato.
- (5) Diagnosi del Dirigente il Servizio Sanitario.
- (6) Data.





Modello C. n. .... Anno .....

(1) .....

.....

**Giudizio sulla dipendenza da causa di servizio**

Sulla base delle dichiarazioni contenute nella *Parte I* del presente modello e dei dati clinici rilevati in questo luogo di cura il sottoscritto, ai sensi della legge 1° marzo 1952, n. 157 (circolare 192 G.M. 1952), giudica:

La lesione riportata dal <sup>(2)</sup> .....  
e diagnosticata <sup>(3)</sup> .....  
è <sup>(4)</sup> ..... dipendente da causa di servizio.

..... lì, .....

**IL DIRETTORE**

.....

Il sottoscritto, presa conoscenza del predetto giudizio, dichiara di <sup>(4)</sup> ..... accettarlo.

<sup>(5)</sup> .....

**Al** <sup>(6)</sup> .....

.....

N. .... di prot.

..... lì, .....

..... *per competenza.*

**IL DIRETTORE**

.....

(1) Nominativo dell'Ospedale o Infermeria Presidiarla o Autonoma.  
(2) Grado, Cognome e Nome del ricoverato.  
(3) Diagnosi accertata in Ospedale.  
(4) Si/No.  
(5) Firma dell'interessato.  
(6) Comando o Ufficio che ha trasmesso il modello.

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE  
DI PENSIONE PRIVILEGIATA ORDINARIA**

(contestuale alla domanda di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio)

**(1) AL MINISTERO DELLA DIFESA**  
**Direzione Generale della Previdenza Militare**  
**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**  
**\_\_ Reparto – \_\_ ^ Divisione**  
**Viale dell'Esercito n. 186**  
**00143 ROMA**

Il/La sottoscritto/a (grado e F.A.), nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_, riformato/a o cessato/a dal servizio  
il \_\_\_\_\_, fa presente che in data \_\_\_\_\_ gli è stata riscontrata la seguente infermità/lesione:  
\_\_\_\_\_ come risulta dall'allegata documentazione sanitaria.

La suddetta infermità/lesione è da ritenersi in rapporto di causalità con il servizio prestato, in quanto:

(1)

Pertanto, il/la scrivente **chiede** di essere sottoposto/a ai previsti accertamenti sanitari ai fini del riconoscimento della dipendenza da causa di servizio della suddetta infermità/lesione \_\_\_\_\_ ai fini della concessione della pensione privilegiata ordinaria (precisare se la domanda è finalizzata anche all'equo indennizzo).

A tal fine allega:

- documentazione sanitaria attestante la malattia;
- (1) dichiarazione, ove possibile, sui periodi e sui fatti di servizio che hanno concorso all'insorgenza della malattia e che siano rilevanti ai fini dell'accertamento del nesso di causalità;

Luogo e Data \_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_

Nota:(1)

Nei casi in cui è subentrata l'INPDAP nella gestione pensionistica (vedasi punto 1.14) la domanda deve essere presentata al predetto Ente.

ALL. "C"

(MOD. PPO/C)

**DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI  
SERVIZIO AI FINI DELLA PENSIONE PRIVILEGIATA**

(per gli eredi del militare deceduto)

**(1) AL MINISTERO DELLA DIFESA**  
**Direzione Generale della Previdenza Militare**  
**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**  
**\_\_ Reparto – \_\_^ Divisione**  
**Viale dell'Esercito n. 186**  
**00143 ROMA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ (C.A.P.)  
\_\_\_\_\_, (grado di parentela con il deceduto) \_\_\_\_\_ del (grado, F.A.), nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ già in servizio presso \_\_\_\_\_, e deceduto/a il  
\_\_\_\_\_, fa presente che il proprio congiunto è deceduto/a per la seguente affezione:  
\_\_\_\_\_ da ritenersi in rapporto di causalità con il  
servizio prestato in quanto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Per quanto sopra, il/la scrivente  
**chiede** il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio ai fini di pensione privilegiata (precisare se la  
domanda è finalizzata anche all'equo indennizzo).

A tal fine allega:

- documentazione sanitaria attestante la malattia le lesioni, o la causa del decesso;
- certificato necroscopico;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà da cui risultino la composizione della famiglia al momento della morte, luogo e data di nascita dei familiari, residenza, data in cui è stato contratto il matrimonio e che non vi sia stata separazione tra i coniugi.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_

Nota:

(1) Nei casi in cui è subentrata l'INPDAP nella gestione pensionistica (vedasi punto 1.14) la domanda deve essere presentata al predetto Ente.

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE  
DELL'INDENNITÀ "UNA TANTUM" A FAVORE  
DEI MUTILATI ED INVALIDI PARAPLEGICI**

(Legge 11 febbraio 1980, n. 19)

**AL           MINISTERO DELLA DIFESA**  
**Direzione Generale della Previdenza Militare**  
**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della**  
**Leva**  
**\_\_\_ Reparto - \_\_\_ ^ Divisione**  
**Viale dell'Esercito n. 186**  
**00143 ROMA**

Il/La sottoscritto/a (grado e F.A.) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(C.A.P.) \_\_\_\_\_, riformato/a o cessato/a dal servizio il \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

la concessione, ai sensi della legge 11 febbraio 1980 n. 19, dell'indennità "una tantum" a favore dei mutilati ed invalidi paraplegici per la/le seguente/i infermità:

1) \_\_\_\_\_, di  
cui al processo verbale modello AB n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ della C.M.O. di \_\_\_\_\_,  
e riconosciuta SI' dipendente da causa di servizio con decreto n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_:

Dichiara

di essere titolare di pensione o assegno privilegiato di 1^ categoria in quanto affetto da invalidità contemplata nella tabella E, lettera A, n° 2/ n° 3 \*, annessa al D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 e successive modificazioni.

(Luogo e Data)

\_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_

\* Indicare il numero della lettera A cui è stata ascritta l'infermità.

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE  
DI PENSIONE DI INABILITA'**

**(1) AL MINISTERO DELLA DIFESA  
Direzione Generale della Previdenza Militare  
del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva  
I Reparto – \_\_^ Divisione  
Viale dell'Esercito n. 186  
00143 ROMA**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ (C.A.P.)  
\_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

che gli venga concessa la pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, della legge 8 agosto 1995, n. 335, per infermità non dipendente da causa di servizio per la quale si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Allega:

- 1) certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività lavorativa (2);
- 2) cartelle cliniche e documentazione medico-ospedaliera (eventuali).

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_

- (1) dal 2010 nella trattazione delle pratiche di pensione di inabilità subentrerà l'INPDAP.
- (2) redatto secondo lo schema dell'allegato "B".

**CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE  
DELLA PENSIONE DI INABILITA'**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, domiciliato/a a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, stato civile \_\_\_\_\_, figli n. \_\_\_\_, documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, rilasciato il \_\_\_\_, da \_\_\_\_\_, occupazione attuale \_\_\_\_\_, data della cessazione dal lavoro \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

Anamnesi remota e prossima: (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) (1)

È titolare di rendita – pensione – indennizzi ecc.

Specificare tipo e percentuale di invalidità

Stato generale: \_\_\_\_\_; altezza m. \_\_\_\_; peso kg. \_\_\_\_; cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc.):

Apparato cardiovascolare:

Polso: \_\_\_\_\_ ; respiro: \_\_\_\_\_ ; pressione arteriosa \_\_\_\_\_ ;

Vasi: \_\_\_\_\_ .

Apparato respiratorio:

Apparato digerente:

Ernie: (sede, riducibilità, uso di cinti)

Organi ipocondriaci:

Apparato osteoarticolare: (in particolare evidenza le limitazioni funzionali):

Articolazioni:

È provvisto di apparecchio protesico:

Sistema endocrino:

Sistema nervoso e psiche:

Occhi e vista:

Orecchio e udito:

Apparato urogenitale:

Altri organi e apparati:

Documentazioni sanitarie esibite dal dipendente (cartelle cliniche – accertamenti sanitari, ecc.)

Eventuali terapie praticate:

Diagnosi:

Per la menomazione complessiva dell'integrità psico-fisica accertata e riportata in diagnosi, sussistono le condizioni per ritenere che il dipendente

\_\_\_\_\_

SI TROVA NELL'ASSOLUTA E PERMANENTE IMPOSSIBILITÀ A SVOLGERE  
QUALSIASI ATTIVITÀ LAVORATIVA.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico

\_\_\_\_\_

(1) Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi.

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL'EQUO INDENNIZZO**

(contestuale al riconoscimento della causa di servizio)

- **ALL'ENTE DI SERVIZIO/DI ULTIMO SERVIZIO**
- **AL MINISTERO DELLA DIFESA**

**Direzione Generale della Previdenza Militare  
del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva  
III Reparto – \_\_\_ ^ Divisione  
Viale dell'Esercito n. 186  
00143 ROMA**

Il /La sottoscritto/a (grado e F.A., cognome e nome),  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_, o  
cessato/a dal servizio il \_\_\_\_\_ [IN CASO DI DECESSO: (grado di parentela con il  
deceduto) \_\_\_\_\_ del (grado, F.A., cognome e nome del militare),  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_].

**CHIEDE**

il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, ai fini della concessione dell'equo indennizzo,  
dell'infermità/morte \_\_\_\_\_.

A tal fine (in caso di decesso) allega la seguente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante:

- la composizione della famiglia alla data della morte del militare, con indicazione del grado di parentela, luogo e data di nascita di ciascuno dei componenti e della residenza (per il coniuge superstite: dichiarazione che non sia stata pronunciata sentenza, passata in giudicato, di separazione con addebito);
- indicazione se il militare alla data del decesso abbia o meno lasciato figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati o giudizialmente dichiarati;

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_

ALL. "G"

(MOD. E.I./succ.)

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL'EQUO INDENNIZZO**  
(successiva al riconoscimento della causa di servizio)

- **ALL'ENTE DI SERVIZIO/DI ULTIMO SERVIZIO**
- **AL MINISTERO DELLA DIFESA**  
**Direzione Generale della Previdenza Militare**  
**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**  
**III Reparto – \_\_\_ ^ Divisione**  
**Viale dell'Esercito n. 186 - 00143 ROMA**

Il /La sottoscritto/a (grado e F.A., cognome e nome) \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ o  
cessato/a dal servizio il \_\_\_\_\_ [*IN CASO DI DECESSO: (grado di parentela con il*  
*deceduto)* \_\_\_\_\_ del (grado, F.A., cognome e nome del militare),  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_].

**CHIEDE**

la concessione dell'equo indennizzo per l'infermità/morte \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ già riconosciuta dipendente da causa di servizio in data \_\_\_\_\_,  
[*IN CASO DI DECESSO, se è stata riconosciuta dipendente solo la malattia o l'infortunio e non ancora il*  
*decesso, precisare che lo stesso è da ritenersi conseguente alla malattia/infortunio già riconosciuta*  
*dipendente da causa di servizio*].

A tal fine allega la seguente documentazione:

- estremi del processo verbale della Commissione Medica Ospedaliera con cui l'infermità è stata giudicata  
ascrivibile a categoria oppure estremi del processo verbale "Modello C" con cui la lesione traumatica è stata  
riconosciuta "Sì dipendente" da causa di servizio ed ascrivibile a categoria.

A tal fine (in caso di decesso) allega la seguente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante:

- la composizione della famiglia alla data della morte del militare, con indicazione del grado di parentela,  
luogo e data di nascita di ciascuno dei componenti e della residenza (per il coniuge superstite:  
dichiarazione che non sia stata pronunciata sentenza, passata in giudicato, di separazione con addebito);
- indicazione se il militare alla data del decesso abbia o meno lasciato figli legittimi, legittimati, adottivi,  
affiliati o giudizialmente dichiarati;

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

(FIRMA)

**DICHIARAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA  
DI EQUO INDENNIZZO**

(art. 50 del D.P.R. 3.5.1957, n. 686)

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_ [IN CASO DI DECESSO: (grado di parentela con il  
deceduto) \_\_\_\_\_ del (grado, F.A.,  
cognome \_\_\_\_\_ e nome \_\_\_\_\_ del  
militare) \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, deceduto/a a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_] in servizio presso  
\_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 50 del D.P.R. 3.5.1957, n. 686, di non aver percepito alcun compenso in virtù di assicurazione a carico dello Stato o di altra Pubblica Amministrazione, per l'infermità che ha causato il decesso/infortunio per il quale ha chiesto la concessione dell'Equo Indennizzo.

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione in relazione a quanto sopra dichiarato.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE  
DELL'INDENNIZZO PRIVILEGIATO AERONAUTICO**

(in caso di decesso)

**AL MINISTERO DELLA DIFESA**  
**Direzione Generale della Previdenza Militare**  
**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**  
**\_\_\_ Reparto – \_\_\_<sup>^</sup> Divisione**  
**Viale dell'Esercito n. 186**  
**00143 ROMA**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_, (grado di parentela  
 con il deceduto) \_\_\_\_\_ del (grado, F.A., cognome e nome del militare)  
 \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ e deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ per incidente di volo avvenuto in servizio e  
 per causa di servizio in località \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

la concessione dell'indennizzo privilegiato aeronautico.

A tal fine allega la seguente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante:

- la composizione della famiglia alla data della morte del militare, con indicazione del grado di parentela, luogo e data di nascita di ciascuno dei componenti e della residenza (per il coniuge superstite: dichiarazione che non sia stata pronunciata sentenza, passata in giudicato, di separazione con addebito);
- di non aver riportato condanne penali definitive, che comportino la pena accessoria dell'interdizione perpetua dai pubblici uffici;
- stato civile del militare e luogo e data del decesso;
- indicazione se il militare alla data del decesso abbia o meno lasciato figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati o giudizialmente dichiarati;
- la mancanza di altri soggetti aventi diritto;
- coordinate bancarie (codice IBAN) o postali, ai fini dell'accreditamento delle somme dovute (in caso di c/c cointestato è necessaria la sottoscrizione di tutti gli intestatari).

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

(FIRMA)

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE  
DELL'INDENNIZZO PRIVILEGIATO AERONAUTICO**

(in caso di inabilità permanente)

**AL    MINISTERO DELLA DIFESA**  
**Direzione Generale della Previdenza Militare**  
**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**  
**\_\_ Reparto – \_\_^ Divisione**  
**Viale dell'Esercito n. 186**  
**00143 ROMA**

Il /La sottoscritto/a (grado, F.A., cognome e nome), \_\_\_\_\_ ,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(C.A.P.) \_\_\_\_\_ , in servizio presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ,

**CHIEDE**

la concessione dell'indennizzo privilegiato aeronautico per l'inabilità permanente conseguente all'incidente di volo avvenuto in servizio e per causa di servizio in data \_\_\_\_\_ in località \_\_\_\_\_ .

A tal fine allega:

- coordinate bancarie (codice IBAN) o postali, ai fini dell'accreditamento delle somme dovute (in caso di c/c cointestato è necessaria la sottoscrizione di tutti gli intestatari).

Luogo e Data \_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE  
DEI BENEFICI PREVISTI DAL D.P.R. N. 243/2006  
PER IL PERSONALE CHE HA CONTRATTO INFERMITÀ  
NEL CORSO DI MISSIONE**

**AL MINISTERO DELLA DIFESA**  
**Direzione Generale della Previdenza Militare**  
**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**  
**II Reparto**  
**Area di servizio "Speciali Benefici Assistenziali" (S.B.A.)**  
**Tel. 06.517052080 – fax 06.517052880 – e-mail: *specialibenefici@previmil.difesa.it***  
**Viale dell'Esercito n. 186**  
**00143 ROMA**

Il/La sottoscritto/a (grado, F.A.) \_\_\_\_\_,  
in servizio presso \_\_\_\_\_,  
oppure in congedo a far data dal \_\_\_\_\_ (indicare l'ultimo Ente di  
servizio) \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_, tel. fisso e/o mobile \_\_\_\_\_,  
fa presente che la seguente infermità permanentemente invalidante:

\_\_\_\_\_

è da ritenersi in rapporto di causalità con il servizio prestato, in quanto contratta in occasione o a seguito della missione svolta, secondo quanto indicato nell'allegata dichiarazione (1) (nella dichiarazione occorrerà indicare precisamente la/e missione/i, l'incarico svolto e relativo periodo).

Per quanto sopra esposto, lo/la scrivente **chiede** che l'infermità da cui è affetto/a sia riconosciuta dipendente da causa di servizio per le particolari condizioni ambientali od operative della missione svolta, ai fini della concessione dei benefici previsti dal D.P.R. n. 243/2006 (speciale elargizione, assegno vitalizio e speciale assegno vitalizio).

./.

A tal fine allega:

- dichiarazione informativa nella quale sono state dettagliatamente indicate la natura dell'infermità e le circostanze relative all'insorgenza della malattia, di cui al precedente punto (1);
- certificazione medica attestante la malattia e le conseguenze sull'integrità fisica, psichica o sensoriale, con allegata documentazione sanitaria;
- (ogni altro documento utile).

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE  
DEI BENEFICI PREVISTI DAL D.P.R. N. 243/2006  
PER I SUPERSTITI DEL PERSONALE DECEDUTO A CAUSA  
DI MALATTIA CONTRATTA NEL CORSO DI MISSIONE**

**AL MINISTERO DELLA DIFESA**  
**Direzione Generale della Previdenza Militare**  
**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**  
**II Reparto**  
**Area di servizio "Speciali Benefici Assistenziali" (S.B.A.)**  
**Tel. 06.517052080 – fax 06.517052880 – e-mail: *specialibenefici@previmil.difesa.it***  
**Viale dell'Esercito n. 186**  
**00143 ROMA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_,  
tel. fisso e/o mobile \_\_\_\_\_, (grado di parentela con il deceduto)  
\_\_\_\_\_ del (cognome e nome, grado, F.A.),  
\_\_\_\_\_, già in servizio presso (indicare  
l'ultimo Ente di servizio) \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e deceduto/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, fa presente che la morte del proprio congiunto è da ricondurre alla  
seguente affezione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
da ritenersi in rapporto di causalità con il servizio prestato, in quanto contratta in occasione o a  
seguito della missione svolta, secondo quanto indicato nell'allegata dichiarazione (1) (nella  
dichiarazione occorrerà indicare precisamente la/e missione/i, l'incarico svolto e relativo periodo).

Per quanto sopra esposto, lo/la scrivente **chiede** che l'infermità che ha provocato il decesso del  
proprio congiunto sia riconosciuta dipendente da causa di servizio per le particolari condizioni  
ambientali od operative della missione svolta dal medesimo, ai fini della concessione dei benefici  
previsti dal D.P.R. n. 243/2006 (speciale elargizione, assegno vitalizio e speciale assegno vitalizio).

./.

A tal fine allega:

- dichiarazione informativa nella quale sono stati dettagliatamente indicati la natura dell'infermità causa del decesso nonché i fatti di servizio che vi hanno concorso e le circostanze relative all'insorgenza della malattia, di cui al precedente punto (1);
- certificazione medica attestante la malattia o la causa del decesso, con allegata documentazione sanitaria;
- dichiarazione dell'esistenza di un procedimento in corso ovvero dell'avvenuto riconoscimento della dipendenza da causa di servizio della medesima infermità e dei relativi benefici già attribuiti (equo indennizzo, pensione privilegiata, altra speciale elargizione, assegno vitalizio, speciale assegno vitalizio);
- certificato necroscopico;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti la composizione della famiglia alla data del decesso, il luogo e la data di nascita di ciascuno dei componenti e la residenza e l'indicazione relativa all'eventuale esistenza di figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati naturali riconosciuti o giudizialmente dichiarati;
- (ogni altro documento utile).

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_





## CHIEDE

### la concessione della speciale elargizione di cui al D.P.R. n. 37/2009.

A tal fine dichiara che nei suoi confronti:

è in corso (ovvero è stato già definito) il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, ai sensi di altra normativa, della medesima infermità e dei relativi seguenti benefici: equo indennizzo, pensione privilegiata, altra speciale elargizione, assegno vitalizio, speciale assegno vitalizio (*indicare quale/i*) \_\_\_\_\_;

(*ovvero*)

non sono state presentate richieste dei riconoscimenti di cui al punto precedente.

Allega alla presente:

- documentazione sanitaria attestante la malattia;
- ogni altro documento utile.

\_\_\_\_\_  
(*luogo e data*)

\_\_\_\_\_  
(*firma*)





## CHIEDE

### la concessione della speciale elargizione di cui al D.P.R. n. 37/2009.

A tal fine dichiara che nei confronti del proprio congiunto:

è in corso (ovvero è stato già definito) il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, ai sensi di altra normativa, della medesima infermità e dei relativi seguenti benefici: equo indennizzo, pensione privilegiata, altra speciale elargizione, assegno vitalizio, speciale assegno vitalizio (*indicare quale/i*) \_\_\_\_\_;

(*ovvero*)

non sono state presentate richieste dei riconoscimenti di cui al punto precedente.

Allega alla presente:

- documentazione sanitaria attestante la malattia o la causa del decesso del proprio congiunto;
- certificato necroscopico;
- stato di famiglia alla data del decesso con l'indicazione del grado di parentela ovvero dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante l'avvenuta convivenza;
- (se assimilato alla convivenza more uxorio, certificare solo la convivenza con stato di famiglia e residenza);
- (se assimilato ai soggetti non parenti, né affini, né legati da rapporto di coniugio che risultino conviventi a carico nei tre anni precedenti l'evento, certificare con uno stato di famiglia storico e allegare dichiarazione I.R.Pe.F., ovvero autocertificazione del proprio stato patrimoniale);
- ogni altro documento utile.

---

(*luogo e data*)

---

(*firma*)

**DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO  
DELLA DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO DI INFERMITÀ  
DA ESPOSIZIONE A PARTICOLARI SOSTANZE NOCIVE  
AI FINI DELLA SPECIALE ELARGIZIONE**

*(PER IL PERSONALE CIVILE)*

**(ai sensi dell'art. 2, commi 78 e 79, Legge 24 dicembre 2007, n. 244  
e del Regolamento applicativo approvato con D.P.R. 3 marzo 2009, n. 37)**

**AL MINISTERO DELLA DIFESA**

**Direzione Generale della Previdenza Militare**

**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**

**I Reparto – 1<sup>a</sup> Divisione**

**Area di servizio "Speciali Benefici Assistenziali per Esposizioni Nocive"**

**Tel. 06.517052990 – fax 06.517052888 – e-mail: *sbaen@previmil.difesa.it***

**Viale dell'Esercito n. 186**

**00143 ROMA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

in quiescenza dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, (*indicare l'Ente militare o la Pubblica Amministrazione  
ovvero la società con cui sussisteva il rapporto di servizio*)

\_\_\_\_\_,  
 in servizio presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

Residenza: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_,  
(città) (C.A.P.) (via e numero civico)

Recapito telefonico fisso e/o mobile \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

./.



## CHIEDE

**la concessione della speciale elargizione di cui al D.P.R. n. 37/2009.**

A tal fine dichiara che nei suoi confronti:

è in corso (ovvero è stato già definito) il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, ai sensi di altra normativa, della medesima infermità e dei relativi seguenti benefici: equo indennizzo, pensione privilegiata (*indicare quale/i*) \_\_\_\_\_ ;

(*ovvero*)

non sono state presentate richieste dei riconoscimenti di cui al punto precedente.

Allega alla presente:

- documentazione sanitaria attestante la malattia;
- ogni altro documento utile.

---

(*luogo e data*)

---

(*firma*)





## CHIEDE

### la concessione della speciale elargizione di cui al D.P.R. n. 37/2009.

A tal fine dichiara che nei confronti del proprio congiunto:

- è in corso (ovvero è stato già definito) il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, ai sensi di altra normativa, della medesima infermità e dei relativi seguenti benefici: equo indennizzo e pensione privilegiata (*indicare quale/i*) \_\_\_\_\_ ;  
(*ovvero*)
- non sono state presentate richieste dei riconoscimenti di cui al punto precedente.

Allega alla presente:

- documentazione sanitaria attestante la malattia o la causa del decesso del proprio congiunto;
- certificato necroscopico;
- stato di famiglia alla data del decesso con l'indicazione del grado di parentela ovvero dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante l'avvenuta convivenza;
- (se assimilato alla convivenza more uxorio, certificare solo la convivenza con stato di famiglia e residenza);
- (se assimilato ai soggetti non parenti, né affini, né legati da rapporto di coniugio che risultino conviventi a carico nei tre anni precedenti l'evento, certificare con uno stato di famiglia storico e allegare dichiarazione I.R.Pe.F., ovvero autocertificazione del proprio stato patrimoniale);
- ogni altro documento utile.

---

(luogo e data)

---

(firma)

ALL. "R"

MOD S.E. SBAEN/5

**DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DEL BENEFICIO PREVISTO  
PER INFERMITÀ DA ESPOSIZIONE A PARTICOLARI SOSTANZE NOCIVE**

**(PER I CITTADINI ITALIANI OPERANTI NEI SETTORI DELLA COOPERAZIONE  
O IMPIEGATI DA O.N.L.U.S. NEI TEATRI DI CONFLITTO)**

**(ai sensi dell'art. 2, commi 78 e 79, Legge 24 dicembre 2007, n. 244  
e del Regolamento applicativo approvato con D.P.R. 3 marzo 2009, n. 37)**

**AL MINISTERO DELLA DIFESA**

**Direzione Generale della Previdenza Militare**

**del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva**

**I Reparto – 1<sup>a</sup> Divisione**

**Area di servizio "Speciali Benefici Assistenziali per Esposizioni Nocive"**

**Tel. 06.517052990 – fax 06.517052888 – e-mail: *sbaen@previmil.difesa.it***

**Viale dell'Esercito n. 186**

**00143 ROMA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Residenza: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_,  
(città) (C.A.P.) (via e numero civico)

Recapito telefonico fisso e/o mobile \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

in \_\_\_\_\_ servizio \_\_\_\_\_ presso  
(\*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(indicare la società di cooperazione ovvero l'organizzazione non governativa nella quale ha operato)

con le mansioni di (\*) \_\_\_\_\_,

(\*) (solo per i cittadini italiani operanti nei settori della cooperazione o impiegati nei teatri di  
conflitto)

./.

**PREMESSO**

- che è affetto/a dalla seguente infermità:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ;

- che la causa o la concausa efficiente e determinante dell'insorgenza della suddetta infermità è da ritenersi l'avvenuta esposizione e utilizzo di proiettili all'uranio impoverito e la dispersione nell'ambiente di nano-particelle di minerali pesanti prodotte da esplosione di materiale bellico; che detta esposizione/utilizzo è avvenuta nelle seguenti circostanze di tempo e di luogo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ,

*[- per i cittadini italiani operanti nei settori della cooperazione o impiegati nei teatri di conflitto: indicare precisamente il programma di cooperazione ovvero l'organizzazione non governativa ed il periodo di partecipazione, nonché il luogo teatro di conflitto o l'area in cui si è svolta la missione militare all'estero, ovvero il poligono di tiro o il sito di stoccaggio di munizionamenti nel quale il richiedente ha operato;*

*- per i cittadini italiani residenti nelle adiacenze di basi militari o poligoni di tiro o siti di stoccaggio di munizionamenti: indicare precisamente il luogo di residenza e la base militare sul territorio nazionale, presso la quale sia oppure sia stato conservato munizionamento pesante o esplosivo, ovvero il poligono di tiro, o il sito di stoccaggio di munizionamenti, nelle adiacenze del quale il richiedente è, o è stato, residente ed il relativo periodo – per zone adiacenti si intendono quelle rientranti nella fascia di territorio della larghezza di 1,5 Km. (un chilometro e mezzo), circostante il perimetro delle basi militari o dei poligoni di tiro o dei siti in cui vengono stoccati munizionamenti]*

./.

**CHIEDE**

**la concessione della speciale elargizione di cui al D.P.R. n. 37/2009.**

Allega alla presente:

- documentazione sanitaria attestante la malattia;
- ogni altro documento utile.

---

*(luogo e data)*

---

*(firma)*

ALL. "S"

MOD S.E. SBAEN/6

**DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DEL BENEFICIO PREVISTO  
PER DECESSO DA ESPOSIZIONE A PARTICOLARI SOSTANZE NOCIVE**

**(PER I SUPERSTITI DI CITTADINI ITALIANI OPERANTI NEI SETTORI  
DELLA COOPERAZIONE O IMPIEGATI DA O.N.L.U.S. NEI TEATRI DI CONFLITTO)**

**(ai sensi dell'art. 2, commi 78 e 79, Legge 24 dicembre 2007, n. 244  
e del Regolamento applicativo approvato con D.P.R. 3 marzo 2009, n. 37)**

**AL MINISTERO DELLA DIFESA  
Direzione Generale della Previdenza Militare  
del Collocamento al Lavoro dei Volontari Congedati e della Leva  
I Reparto – 1<sup>^</sup> Divisione  
Area di servizio "Speciali Benefici Assistenziali per Esposizioni Nocive"  
Tel. 06.517052990 – fax 06.517052888 – e-mail: *sbaen@previmil.difesa.it*  
Viale dell'Esercito n. 186  
00143 ROMA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ,  
nato/a a \_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,  
Residenza: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ,  
(città) (C.A.P.) (via e numero civico)  
Recapito telefonico fisso e/o mobile \_\_\_\_\_ , e-mail \_\_\_\_\_ ;  
\_\_\_\_\_ del sig./della sig.ra \_\_\_\_\_  
(grado di parentela con il deceduto)  
\_\_\_\_\_ ,  
già in servizio presso <sup>(\*)</sup> \_\_\_\_\_ ,  
\_\_\_\_\_ ,  
(indicare la società di cooperazione ovvero l'organizzazione non governativa nella quale ha operato)  
con le mansioni di <sup>(\*)</sup> \_\_\_\_\_ ,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ , e deceduto/a il \_\_\_\_\_ ,

<sup>(\*)</sup> (solo per i cittadini italiani operanti nei settori della cooperazione o impiegati nei teatri di conflitto)

./.

**PREMESSO**

- che il proprio congiunto è deceduto/a a causa della seguente affezione:

---

---

---

- che la causa o la concausa efficiente e determinante del decesso è da ritenersi l'avvenuta esposizione e utilizzo di proiettili all'uranio impoverito e la dispersione nell'ambiente di nanoparticelle di minerali pesanti prodotte da esplosione di materiale bellico;
- che detta esposizione/utilizzo è avvenuta nelle seguenti circostanze di tempo e di luogo:

---

---

---

---

---

---

---

*[ - per i superstiti di cittadini italiani operanti nei settori della cooperazione o impiegati nei teatri di conflitto: indicare precisamente il programma di cooperazione ovvero l'organizzazione non governativa ed il periodo di partecipazione, nonché il luogo teatro di conflitto o l'area in cui si è svolta la missione militare all'estero, ovvero il poligono di tiro o il sito di stoccaggio di munizionamenti nel quale il congiunto deceduto ha operato;*

*- per i superstiti di cittadini italiani residenti nelle adiacenze di basi militari o poligoni di tiro o siti di stoccaggio di munizionamenti: indicare precisamente il luogo in cui il congiunto deceduto risiedeva e la base militare sul territorio nazionale, presso la quale sia oppure sia stato conservato munizionamento pesante o esplosivo, ovvero il poligono di tiro, o il sito di stoccaggio di munizionamenti, nelle adiacenze del quale è stato residente ed il relativo periodo – per zone adiacenti si intendono quelle rientranti nella fascia di territorio della larghezza di 1,5 Km. (un chilometro e mezzo), circostante il perimetro delle basi militari o dei poligoni di tiro o dei siti in cui vengono stoccati munizionamenti]*

./.

## CHIEDE

**la concessione della speciale elargizione di cui al D.P.R. n. 37/2009.**

Allega alla presente:

- documentazione sanitaria attestante la malattia o la causa del decesso del proprio congiunto;
- certificato necroscopico;
- stato di famiglia alla data del decesso con l'indicazione del grado di parentela ovvero dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante l'avvenuta convivenza;
- (se assimilato alla convivenza more uxorio, certificare solo la convivenza con stato di famiglia e residenza);
- (se assimilato ai soggetti non parenti, né affini, né legati da rapporto di coniugio che risultino conviventi a carico nei tre anni precedenti l'evento, certificare con uno stato di famiglia storico e allegare dichiarazione I.R.Pe.F., ovvero autocertificazione del proprio stato patrimoniale);
- ogni altro documento utile.

---

*(luogo e data)*

---

*(firma)*