

RICONOSCIMENTO INFERMITA' DIPENDENTE DA CAUSA DI SERVIZIO
D.P.R. 461/01

► Al Dirigente del C.d.R.
Trattamento Giuridico del Personale
Via Trento, 98
84131 SALERNO

Il/la sottoscritt_____ nat_____ il ____/____/_____
in servizio presso il C.d.R._____ Ufficio _____
con contratto di lavoro a tempo indeterminato ovvero cessato dal servizio in data
____/____/_____ essendo affett_ dalle seguenti patologie:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

come da documentazione sanitaria allegata in originale e ritenendo che le stesse siano da porre in diretto nesso di causalità:

- con il servizio svolto dal ____/____/_____ al ____/____/_____
 con l'infortunio verificatosi durante il servizio in data ____/____/_____

CHIEDE

- il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio dell_ infermità come sopra riportata e la relativa concessione dell'equo indennizzo;

Il/la sottoscritt___ autorizza, ai sensi della legge n. 675/96, al trattamento dei dati sensibili di natura sanitaria contenuti nel proprio fascicolo personale ai fini della definizione della pratica relativa al riconoscimento della causa di servizio.

Data ____/____/_____

Il/La dipendente
