

DIPARTIMENTO PROVINCIALE DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DIREZIONE PROVINCIALE DEI SERVIZI VARI

Il sottoscritto _____
nato il ___/___/___ a _____
residente a _____ C.A.P. _____
via/piazza _____ telefono _____

CHIEDE

ai sensi del DPR 915/78, art.24 di essere sottoposto ad accertamenti sanitari per il riconoscimento dell'aggravamento della propria minorazione.

Il sottoscritto in atto:

è titolare del trattamento pensionistico di guerra categoria ___ iscrizione n° _____
oppure

è stato titolare di assegno temporaneo categoria ___ iscrizione n° _____ la cui ultima
corresponsione è stata effettuata dalla Direzione Provinciale dei Servizi Vari di _____
oppure

è stato titolare di indennità una volta tanto categoria ___ posizione n° _____
liquidata dalla Direzione Generale delle Pensioni di Guerra il ___/___/___

All'uopo dichiara, sotto la propria responsabilità, che per la stessa infermità non sono state respinte tre domande consecutive di aggravamento, di cui l'ultima presentata nell'ultimo decennio.

firma per esteso

_____, li ___/___/___

Allega: certificato medico o altra documentazione sanitaria attestante l'aggravamento dell'infermità che da titolo alla pensione di Guerra ,ai sensi art. 3 DPR 377/99.

PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO

La firma su estesa è stata apposta in presenza del funzionario addetto
(art.38,comma 3,D.P.R. 445 del 28/12/2000) Sig. _____

Firma per esteso del pubblico ufficiale _____

INVIO PER POSTA,VIA TELEMATICA,ALTRO

Ai sensi dell'art.38,commi 1,2,3 del D.P.R.28/12/200,n°445, **allega fotocopia del proprio documento d'identità.**