

AL DIRETTORE GENERALE
DELL' AZIENDA USL DI FERRARA
VIA CASSOLI 30
44100 FERRARA

OGGETTO: Domanda di riconoscimento di infermità dipendente da causa di servizio ed equo indennizzo.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ **Prov.** _____ **il** _____

Codice Fiscale _____

residente a _____

in servizio presso _____

ne il profilo professionale di _____

essendo venuto a conoscenza di essere affetto da :

e ritenendo che tale infermità sia da porre in diretto nesso di casualità con il servizio svolto dal
_____ al _____ nelle seguenti condizioni di lavoro :

CHIEDE

Ai sensi delle vigenti leggi, che l'infermità venga riconosciuta come contratta in servizio e dipendente da causa o concausa di servizio e la connessione dell'equo indennizzo nella misura massima prevista dalla categoria cui l'infermità verrà ascritta.

Nomina come medico di fiducia il dott.: _____

residente in via _____

Nel contempo chiede il rimborso di tutte le spese sostenute e da sostenere, comprese quelle per ricoveri e protesi.

Distinti Saluti.

Firma _____

Allegati : Certificazioni sanitaria
Anamnesi lavorative dettagliate (curriculum)