

RAGIONERIA TERRITORIALE DELLO STATO  
DI CHIETI

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

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**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.**