

AL COMANDO DEL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Oggetto: Domanda di cure termali per infermità riconducibili ad eventi dannosi occorsi durante la partecipazione a missioni internazionali di pace - Anno 2021**

Io/La sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GRADO/QUAL. ARMA o CORPO DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO \_\_\_\_\_

SI/NO

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

Avendo ottenuto, per le seguenti infermità, il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio

1^ INFERMITA' (1) \_\_\_\_\_

Provvedimento (2) n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
(allegato in copia solo nel caso in cui non si abbia mai fruito di un ciclo di cure presso lo STM di ischia)

2^ INFERMITA' (1) \_\_\_\_\_

Provvedimento (2) n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
(allegato in copia solo nel caso in cui non si abbia mai fruito di un ciclo di cure presso lo STM di ischia)

(per ulteriori infermità allegare foglio a parte)

Ritenendo di aver titolo a quanto previsto dalla legge 23/12/2005, n. 266, chiedo di poter effettuare un ciclo di cure (3):

FANGO BALNEO TERM.  - INALATORIE  - IDROPINICHE  - COMPLEMENT. 

Per le cure idropiniche indico la località più vicina al luogo di servizio/residenza \_\_\_\_\_

Per le cure complementari indico la località più vicina al luogo di servizio/residenza \_\_\_\_\_

Ai sensi della vigente circolare sulle cure termali, allego Certificato del medico di base (Dr. \_\_\_\_\_)  
rilasciato in data \_\_\_\_\_ attestante la necessità delle cure e l'assenza di eventuali controindicazione cliniche  
alle stesse (4).Comunico di aver fruito di un ciclo di cure presso lo SBTM di Ischia nell'anno \_\_\_\_\_ turno/periodo \_\_\_\_\_  
(indicare l'ultimo turno o periodo fruito)

In fede

Luogo e data

## NOTE:

(1) Trascrivere l'esatta dicitura riportata nel PROVVEDIMENTO (Mod. C, Processo Verbale o Decreto)

(2) Indicare gli estremi dell'Atto e dell'Organo Sanitario/Amministrativo che ha emesso il Provvedimento (ad. Es. Policlinico Militare, DMML, etc., per le lesioni traumatiche riconosciute con Mod. C; CMO o CM II Istanza, per le dipendenze da causa di servizio riconosciute fino al 21/01/2002; Previmil, C.do Gen. CC, ecc., per le dipendenze da causa di servizio riconosciute a partire dal 22/01/2002)

(3) Barrare con una X la casella delle cure richieste

(4) In caso di mancata presentazione di tale certificato, l'interessato dovrà OBBLIGATORIAMENTE essere sottoposto a visita medica presso l'Organo Sanitario di riferimento del Comando/Ente.

## DICHIARAZIONI

### a) DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Io/La sottoscritt\_ dichiaro di aver preso conoscenza del contenuto della circolare emanata dall'Ispettorato Generale della Sanità Militare (IGESAN) relativa all'ammissione alle cure termali per l'anno in corso.

Elenco delle patologie di cui risulterei sofferente:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Inoltre, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono false attestazioni, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### b) DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'EFFETTUAZIONE DELLE CURE PRESCRITTE

Io/La sottoscritt\_ , consapevole sia delle mie condizioni di salute e dello stato fisico, sia delle indicazioni, dei benefici e degli effetti collaterali delle cure richieste, nonché delle controindicazioni alla effettuazione di tale terapia:

\_\_\_\_\_ **ACCONSENTO ALLA FRUIZIONE DEL CICLO DI CURE CHE MI VERRA' ASSEGNATO.**

(SI / NON)

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di essere informat\_ , ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per tutto l'iter procedurale della pratica.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Dichiaro di \_\_\_\_\_ aver titolo a fruire di un contributo per spese di soggiorno per cure termali a carico della Regione/Provincia/Ente locale \_\_\_\_\_ nella misura giornaliera di Euro \_\_\_\_\_ per numero \_\_\_\_\_ giorni.

(SI / NON)

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**ATTENZIONE:** compilare il seguente modello segnando la voce che ricorre *(si/non)*. La mancata dichiarazione al punto **a)** e/o il mancato consenso, anche parziale, alle dichiarazioni di cui al punto **b)** comporteranno, da parte dell'Amministrazione, l'impossibilità a dar corso all'istruttoria della pratica.

*N.B.: Per il personale in quiescenza indicare il recapito compilando il riquadro sottostante:*

Via		N°
Comune	Prov.	CAP
email	Tel.	
	Cell.	

(1)

**ALLEGATO B**

## FOGLIO DI PROPOSTA

(timbro lineare)
------------------

(2) p.d.c.:	(3)
tel uff. (civ. e mil.):	
email:	

**Oggetto:** Cure Balneo Termali, Inalatorie, Idropiniche e Complementari a titolo gratuito – Anno 2021

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GRADO/QUAL. ARMA o CORPO DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_ POSIZIONE (4) \_\_\_\_\_

CURE RICHIESTE: FANGO-TERAPICHE					
INFERMITA' (5)					
PROVVEDIMENTO (6)	NUM.	DATA	TAB/CAT		ORGANO SANITARIO/AMMINISTRATIVO (7)
			A/	B	
			A/	B	
STAZIONE TERMALE			SBTM ISCHIA (8)		

CURE RICHIESTE: INALATORIE					
INFERMITA' (5)					
PROVVEDIMENTO (6)	NUM.	DATA	TAB/CAT		ORGANO SANITARIO/AMMINISTRATIVO (7)
			A/	B	
STAZIONE TERMALE (9)					

CURE RICHIESTE: IDROPINICHE					
INFERMITA' (5)					
PROVVEDIMENTO (6)	NUM.	DATA	TAB/CAT		ORGANO SANITARIO/AMMINISTRATIVO (7)
			A/	B	
STAZIONE TERMALE (10)					

CURE RICHIESTE: COMPLEMENTARI					
INFERMITA' (5)					
PROVVEDIMENTO (6)	NUM.	DATA	TAB/CAT		ORGANO SANITARIO/AMMINISTRATIVO(7)
			A/	B	
STAZIONE TERMALE (10)					

Località e data

firma (11)

### NORME ED AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE DEL FOGLIO PROPOSTA

- (1) Riservato a IGESAN
- (2) Timbro del Comando/Ente compilatore
- (3) Dati da riportare, obbligatoriamente, a cura del Comando/Ente compilatore
- (4) Per il personale militare indicare la posizione di stato
- (5) Trascrivere l'esatta dicitura riportata nel PROVVEDIMENTO (Mod. C, Processo Verbale o Decreto)
- (6) Indicare il tipo di PROVVEDIMENTO (Mod. C, Processo Verbale o Decreto)
- (7) Indicare l'Organo Sanitario/Amministrativo che ha emesso il Provvedimento (ad. Es. Policlinico Militare, DMML, etc., per le lesioni traumatiche riconosciute con Mod. C; CMO o CM II Istanza, per le dipendenze da causa di servizio riconosciute fino al 21/01/2002; Previmil, C.do Gen. CC, ecc., per le dipendenze da causa di servizio riconosciute a partire dal 22/01/2002)
- (8) Per le cure fango-terapiche non può essere indicata una stazione termale diversa dallo SBTM di Ischia
- (9) Indicare la località più vicina al luogo di servizio/residenza (N.B. la struttura indicata sarà presa in considerazione da IGESAN nel caso di esaurimento dei posti disponibili presso lo SBTM di Ischia)
- (10) Indicare la località più vicina al luogo di servizio/residenza
- (11) Timbro e firma del Comandante/Direttore

**PARERE MEDICO-LEGALE DELL'ORGANO SANITARIO DI RIFERIMENTO DEL COMANDO/ENTE**

Vista l'istanza dell'interessato.

Accertata sulla base (1):

del certificato del medico di base;

della visita medica diretta dell'interessato (2)

la \_\_\_\_\_ (3) necessità delle cure richieste e la \_\_\_\_\_ (3) sussistenza di eventuali controindicazioni cliniche alle stesse.

Verificato che la malattia o l'infermità di cui risulta affetto l'interessato:

- è \_\_\_\_\_ (3) riconducibile a eventi dannosi occorsi durante la partecipazione a missioni internazionali di pace;
- è stata riconosciuta \_\_\_\_\_ (3) dipendente da causa di servizio;
- rientra \_\_\_\_\_ (3) tra quelle previste dal D.M. del 15/12/1994.

Si esprime parere \_\_\_\_\_ (3) **FAVOREVOLE** in ordine all'ammissibilità, a titolo gratuito, alle cure (4):

FANGO BALNEO TERM.  - INALATORIE  - IDROPINICHE  - COMPLEMENT.   
(Indicare con una X le cure assegnate)

Località e data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (timbro e firma – grado, qual., cognome e nome)

**DETERMINAZIONE DELL'ISPettorato GENERALE DELLA SANITA' MILITARE**

Esaminata la documentazione ricevuta: (1)

si esprime parere di \_\_\_\_\_ (3) **CONCORDANZA** con le conclusioni formulate dall'Organo Sanitario di riferimento del Comando/Ente (in caso di discordanza, riportare le motivazioni nello spazio sottostante)

\_\_\_\_\_

risulta che l'interessato è già stato autorizzato alla fruizione delle cure in argomento nell'anno \_\_\_\_\_

**PERTANTO QUESTO ISPettorato GENERALE**

\_\_\_\_\_ (3) **AUTORIZZA** l'interessato alla fruizione, a titolo gratuito, delle cure (4):

FANGO BALNEO TERM.  - INALATORIE  - IDROPINICHE  - COMPLEMENT.   
(Indicare con una X le cure assegnate)

Roma, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (timbro e firma – grado, qual., cognome e nome)

NOTE:

- (1) Barrare con una X la casella del caso/dei casi che ricorre/ricorrono
- (2) La visita medica deve essere obbligatoriamente effettuata in caso di mancata presentazione del certificato del medico di base attestante la necessità delle cure e l'assenza di controindicazioni alle stesse
- (3) Indicare **SI** o **NON**
- (4) Barrare con una X la casella delle cure da effettuare