



Al Coordinamento Nazionale Uil Pa Difesa

Alla Segreteria Nazionale Uil Pa Polizia Penitenziaria

Alla Segreteria Nazionale Uil Pa Vigili del Fuoco

E per conoscenza

**Al Segretario Generale Uil Pa
Sandro Colombi**

Oggetto: informativa sulla corretta procedura per l'avvio delle pratiche di competenza dell'Ufficio Salute e Previdenza Uil Pa.

Carissimi,

Le pratiche di competenza di questo Ufficio sono particolarmente complesse e delicate, basti pensare a mero titolo d'esempio che il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio costituisce accertamento definitivo, unico e vincolante, da qui discende la necessità che l'istruttoria sia presentata nel modo più completo possibile, allegando tutta la documentazione sanitaria e di servizio, infatti il quadro clinico, i fatti, il contesto di servizio presentati nel modo giusto, possono fare la differenza tra l'accettazione e il rifiuto. Per le analoghe motivazioni l'Ufficio non può esprimere pareri o fornire indicazioni senza la propedeutica acquisizione di tutta la documentazione, non è infrequente che, anche a causa della complessità delle materie, quanto riferito a voce dagli interessati non trovi corrispondenza documentale, costringendo ad una riformulazione successiva dell'intera pratica con inevitabile spreco di tempo sia per l'Ufficio che per i diretti interessati. Inoltre, per l'Ufficio diventa difficilmente verificabile la condizione di iscritto Uil del richiedente i nostri servizi. Tanto premesso, al fine di incrementare ulteriormente i profili di efficienza ed efficacia dell'Ufficio, anche alla luce del crescente numero di iscritti che si rivolgono a noi, è necessario uniformare una corretta procedura interna come di seguito rappresentata.

L'iscritto che intende avviare una pratica di competenza di questo Ufficio deve necessariamente e propedeuticamente rivolgersi al Segretario o Coordinatore Territoriale il quale dovrà a sua volta acquisire tutta la documentazione necessaria secondo lo specchietto in allegato alla presente e successivamente trasmettere alla e-mail ufficiosaluteesicurezza@uilpa.it il tutto utilizzando l'indirizzo di posta della Segreteria o del Coordinamento territoriale, con l'indicazione dei dati anagrafici, dell'indirizzo di posta elettronica e numero di telefono del richiedente, per eventuali successive esigenze sarà cura dell'Ufficio contattare all'occorrenza l'interessato; tutti i documenti dovranno essere scansionati e non fotografati, in file separati appositamente nominati (es. certificati medici.pdf, verbali cmo.pdf, decreto riconoscimento.pdf ecc.) avendo l'accortezza di verificarne la leggibilità. Tale procedura si rende necessaria anche al fine di tenere traccia delle varie richieste, della data di inoltro e di ogni ulteriore utile elemento. Per ovvie ragioni l'Ufficio non potrà rispondere delle pratiche prive della necessaria documentazione, inviate ad esempio via WhatsApp o con caselle di posta elettronica personali. Si chiede cortesemente voler dare massima diffusione. Fraternali saluti.

Roma, lì

Il Responsabile dell'Ufficio Salute e Previdenza UILPA

Raffaele MANCUSO

Pratica per l'avvio dell'istanza di riconoscimento della causa di servizio ex D.P.R. 461/2001¹.

Nome _____ cognome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in via _____ civico ____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

IBAN _____

nome dell'istituto bancario _____

Ente di appartenenza (es. Vigili del Fuoco, Polizia Penitenziaria, Difesa):

Grado e categoria _____

Per il personale della difesa grado, categoria e Stato Maggiore d'appartenenza all'atto della riforma)

Check list documentazione da acquisire:

- Documentazione sanitaria in possesso relativa alla patologia sofferta (scansionata e non fotografata, leggibile e in formato pdf nominato "*documentazione sanitaria*");
- Copia fronte/retro del documento di identità (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*documento di identità*");
- Per Vigili del Fuoco e Polizia Penitenziaria copia del rapportino di infortunio (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*rapporto infortunio*").

Eventuale ulteriore documentazione sarà richiesta dall'Ufficio durante la definizione dell'istanza.

Coordinamento o segreteria nazionale regionale provinciale di _____

Nome e cognome del Coordinatore/Segretario _____

Data di invio della documentazione __/__/____

¹ La richiesta va presentata entro i **5 anni** da quando si è in quiescenza o da quando si è venuti a conoscenza della patologia sofferta.

Pratica per l'avvio dell'istanza di aggravamento della causa di servizio ex D.P.R. 461/2001².

Nome _____ cognome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in via _____ civico ____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

Ente di appartenenza (es. Vigili del Fuoco, Polizia Penitenziaria, Difesa):

Grado e categoria _____

Per il personale della difesa grado, categoria e Stato Maggiore d'appartenenza all'atto della riforma)

Check list documentazione da acquisire:

- Documentazione sanitaria in possesso relativa alla patologia già riconosciuta dipendente da causa di servizio (scansionata e non fotografata, leggibile e in formato pdf nominato "*documentazione sanitaria*");
- Copia fronte/retro del documento di identità (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*documento di identità*");
- Verbale della causa di servizio (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*verbale causa di servizio*").

Eventuale ulteriore documentazione sarà richiesta dall'Ufficio durante la definizione dell'istanza.

Coordinamento o segreteria nazionale regionale provinciale di _____

Nome e cognome del Coordinatore/Segretario _____

Data di invio della documentazione __/__/____

² L'istanza di aggravamento non ha limiti temporali per la presentazione, potrebbe risultare intempestiva solo ai fini del riconoscimento dell'equo indennizzo se trascorsi più di 5 anni dalla notifica del decreto di riconoscimento della causa di servizio.



Richiesta riconoscimento status vittima del dovere o equiparata vittima del dovere ex legge 466/1980.

Nome _____ cognome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in via _____ civico ____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

Ente di appartenenza (es. Vigili del Fuoco, Polizia Penitenziaria, Difesa):

Grado e categoria _____

Per il personale della difesa grado, categoria e Stato Maggiore d'appartenenza all'atto della riforma)

Check list documentazione da acquisire:

Documentazione sanitaria in possesso relativa alla patologia (scansionata e non fotografata, leggibile e in formato pdf nominato "*documentazione sanitaria*");

Copia fronte/retro del documento di identità (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*documento di identità*");

Documentazione riguardante l'accaduto come rapporti informativi del comando, eventuale intervento FF.OO., per soggetti sofferenti di asbesto o altre forme tumorali che possono essere correlate all'attività lavorativa svolta indicare i comandi in cui si è prestato servizio (scansionata e non fotografata, leggibile e in formato pdf nominato "*documenti informativi*");

Relazione personale sui fatti accaduti (scansionata e non fotografata, leggibile e in formato pdf nominato "*documenti informativi*").

Eventuale ulteriore documentazione sarà richiesta dall'Ufficio durante la definizione dell'istanza.

Coordinamento o segreteria nazionale regionale provinciale di _____

Nome e cognome del Coordinatore/Segretario _____

Data di invio della documentazione __/__/____



Richiesta riconoscimento economico ex legge 210/1992 soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni di sangue e somministrazioni di emoderivati³.

Nome _____ cognome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in via _____ civico ____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

IBAN _____

nome dell'istituto bancario _____

Ente di appartenenza (es. Vigili del Fuoco, Polizia Penitenziaria, Difesa):

Grado e categoria _____

Per il personale della difesa grado, categoria e Stato Maggiore d'appartenenza all'atto della riforma)

Check list documentazione da acquisire:

Documentazione sanitaria in possesso relativa alla patologia sofferta (scansionata e non fotografata, leggibile e in formato pdf nominato "documentazione sanitaria");

Copia fronte/retro del documento di identità (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "documento di identità");

Documentazione trasfusione o somministrazione di vaccino o somministrazione emoderivati (scansionata e non fotografata, leggibile e in formato pdf nominato "documenti trasfusione vaccino emoderivati").

Eventuale ulteriore documentazione sarà richiesta dall'Ufficio durante la definizione dell'istanza.

Coordinamento o segreteria nazionale regionale provinciale di _____

Nome e cognome del Coordinatore/Segretario _____

Data di invio della documentazione __/__/____

³ La domanda deve essere presentata entro **3 anni** dal momento in cui si viene a conoscenza del danno; tuttavia, la Corte di Cassazione ritiene che tale diritto si prescriva in **5 anni**.



Pratica per l'avvio dell'istanza di P.P. e P.P.O. ⁴.

Nome _____ cognome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in via _____ civico ____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

IBAN _____

nome dell'istituto bancario _____

Ente di appartenenza (es. Vigili del Fuoco, Polizia Penitenziaria, Difesa):

Grado e categoria _____

Per il personale della difesa grado, categoria e Stato Maggiore d'appartenenza all'atto della riforma)

Check list documentazione da acquisire:

- Decreto di riconoscimento (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*decreto riconoscimento*");
- Copia fronte/retro del documento di identità (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*documento di identità*");
- Verbale causa di servizio (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*verbale causa di servizio*");
- Decreto di transito per i soli richiedenti P.P. (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*decreto transito*");
- Contratto di lavoro per i soli richiedenti P.P. (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "*contratto*");
- Copia del modello 730 persone e del coniuge se lavoratore (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "").

Eventuale ulteriore documentazione sarà richiesta dall'Ufficio durante la definizione dell'istanza.

Coordinamento o segreteria nazionale regionale provinciale di _____

Nome e cognome del Coordinatore/Segretario _____

Data di invio della documentazione __/__/____

⁴ **P.P.**, pensione diretta di privilegio per chi transita nei ruoli civili e deve essere in possesso di una causa di servizio con tabella almeno A8; **P.P.O.**, pensione privilegiata ordinaria per chi va in pensione ed ha una causa di servizio riconosciuta con almeno tabella A8.



Istanza inabilità attività lavorativa ex legge 335/1995.

Nome _____ cognome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in via _____ civico ____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____

Ente di appartenenza (es. Vigili del Fuoco, Polizia Penitenziaria, Difesa):

Grado e categoria _____

Check list documentazione da acquisire:

- Certificato del medico di famiglia attestante la patologia da cui deriva l'inabilità all'attività lavorativa (scansionata e non fotografata, leggibile e in formato pdf nominato "certificato");
- Copia fronte/retro del documento di identità (scansionato e non fotografato, leggibile e in formato pdf nominato "documento di identità");
- Documentazione sanitaria in possesso relativa alla patologia sofferta (scansionata e non fotografata, leggibile e in formato pdf nominato "documentazione sanitaria").

Eventuale ulteriore documentazione sarà richiesta dall'Ufficio durante la definizione dell'istanza.

Coordinamento o segreteria nazionale regionale provinciale di _____

Nome e cognome del Coordinatore/Segretario _____

Data di invio della documentazione __/__/____