

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL'EQUO INDENNIZZO
(contestuale al riconoscimento della causa di servizio-*fac-simile*)

A ENTE DI SERVIZIO/DI ULTIMO SERVIZIO

A MINISTERO DELLA DIFESA

Direzione Generale della Previdenza Militare e della Leva

II Reparto _____ Divisione⁽¹⁾

Area "Speciali Benefici Assistenziali"

Viale dell'Esercito, 186

00143 ROMA

Il /La sottoscritto/a ⁽²⁾ _____
nato/a a _____ (____) il _____
e residente a _____ (____) via _____ n. _____
(C.A.P.) _____ in servizio presso _____
o cessato/a dal servizio il _____.

IN CASO DI DECESSO

Il /La sottoscritto/a ⁽³⁾ _____,
codice fiscale _____ nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) via _____ n. _____ (C.A.P.) _____
⁽⁴⁾ _____ del militare ⁽⁵⁾ _____
nato/a a _____ (____) il _____
deceduto il _____.

CHIEDE

il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, ai fini della concessione dell'equo indennizzo, dell'infermità/morte _____

A tal fine (in caso di decesso), allega la seguente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante:

- composizione della famiglia alla data della morte del militare, con indicazione del grado di parentela, luogo e data di nascita di ciascuno dei componenti e loro residenza (per il coniuge superstite: dichiarazione che non sia stata pronunciata sentenza, passata in giudicato, di separazione con addebito);
- indicazione se il militare alla data del decesso abbia o meno lasciato figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati o giudizialmente dichiarati.

Luogo e data _____

(FIRMA)

VISTO

La domanda è stata presentata
in data _____
ed assunta con prot. n. _____

NOTE:

- (1) 1^a per Ufficiali e Sottufficiali (Marescialli e Sergenti), 4^a per Graduati e Truppa (VFP1, VFP4).
- (2) Grado, nome, cognome.
- (3) Nome e cognome del familiare.
- (4) Grado di parentela con il defunto.
- (5) Grado, nome e cognome del defunto.