

DICHIARAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI EQUO INDENNIZZO

(D.P.R. 3 mag. 1957, n. 686, art. 50-*fac-simile*)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il _____ e residente a _____ (____)
via _____ n. _____ (C.A.P.) _____

IN CASO DI DECESSO

(1) _____ del (2) _____
nato a _____ (____) il _____
deceduto/a _____
il _____ in servizio presso _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 50 del D.P.R. 3 mag. 1957, n. 686, di non aver percepito alcun compenso in virtù di un'assicurazione a carico dello Stato o di altra Pubblica Amministrazione, per l'infermità che ha causato il decesso/infortunio per il quale ha chiesto la concessione dell'Equo Indennizzo. Si impegna altresì a comunicare tempestivamente ogni variazione in relazione a quanto sopra dichiarato.

Luogo e data _____

(FIRMA)

VISTO

La domanda è stata presentata

in data _____

ed assunta con prot. n. _____

NOTE:

(1) Grado di parentela con il defunto.

(2) Grado cognome e nome del defunto.