

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL'EQUO INDENNIZZO

(successiva al riconoscimento della causa di servizio)

-
- **AL MINISTERO DELLA DIFESA**
Direzione Generale della Previdenza Militare e della Leva
Il Reparto – ___ ^ Divisione
Viale dell'Esercito n. 186 - 00143 ROMA

Il /La sottoscritto/a (grado e F.A. liv.stip./parametro, cognome e nome)

nato/a a _____ il _____ e residente in _____

Via _____ n. _____ (C.A.P.) _____

in servizio presso _____, o cessato/a dal servizio il _____ [IN

CASO DI DECESSO: (grado di parentela con il deceduto) _____ del (grado,

F.A., cognome e nome del militare), _____ nato/a

a _____ il _____ deceduto/a a _____ il _____].

CHIEDE

la concessione dell'equo indennizzo per l'infermità/morte _____

già riconosciuta dipendente da causa di servizio in data _____, (con decreto dirigenziale n° o

con p.v. "mod. C") [IN CASO DI DECESSO, se è stata riconosciuta dipendente solo la malattia

o l'infortunio e non ancora il decesso, precisare che lo stesso è da ritenersi conseguente alla

malattia/infortunio già riconosciuta dipendente da causa di servizio].

IBAN

PEC

A tal fine allega la seguente documentazione:

- copia del decreto di riconoscimento della causa di servizio;
- estremi del processo verbale della Commissione Medica Ospedaliera con cui l'infermità è stata giudicata ascrivibile a categoria oppure estremi del processo verbale "Modello C" con cui la lesione traumatica è stata riconosciuta "Si dipendente" da causa di servizio ed eventuale p.v. con il quale l'infermità è stata riconosciuta ascrivibile a categoria.

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

- la 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 della 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)

**DICHIARAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA
DI EQUO INDENNIZZO**

(art. 50 del D.P.R. 3.5.1957, n. 686)

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ Via _____
n. ____ (C.A.P.) _____ [IN CASO DI DECESSO: (grado di parentela con il
deceduto) _____ del (grado, F.A., cognome e
nome del militare) _____]
nato/a a _____ il _____, deceduto/a a _____, il _____]
in servizio presso _____;

DICHIARA

ai sensi dell'art. 50 del D.P.R. 3.5.1957, n. 686, di non aver percepito alcun compenso in virtù di 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)
