

**AL MINISTERO DELLA DIFESA
PREVIMIL
REPARTO _____ DIVISIONE _____
Viale dell'Esercito, 186 – 00143 ROMA**

Oggetto: Istanza di reversibilità di P.P.O.

POSIZIONE _____

La sottoscritta _____

nata a _____ **Prov.** _____ **il** _____

residente a _____ **cap** _____ **via** _____ **n.** _____

vedova del (grado,arma) _____ **Cognome** _____ **Nome** _____

nato a: _____ **il** _____

deceduto a _____ **il** _____ **per l'infermità** _____

***CON LA PRESENTE CHIEDE CHE GLI VENGA CONCESSA LA REVERSIBILITA' DELLA
PENSIONE PRIVILEGIATA ORDINARIA DEL CONIUGE***

ROMA _____

Il richiedente
