

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

-
- **AL MINISTERO DELLA DIFESA**
Direzione Generale della Previdenza Militare e della Leva
II 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 _____].

IBAN

PEC

CHIEDE

il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, e la concessione dell'equo
indennizzo, dell'infermità/morte _____,
ritenendo la stessa contratta in servizio per i seguenti motivi:

- _____

- _____

(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)
