

## INTESTAZIONE DEL COMANDO/ENTE

### ATTESTAZIONE

Si attesta che nei confronti del (*grado, nome e cognome*), in servizio presso questo Comando, non risultano pendenti istanze di aggravamento per infermità già riconosciute dipendenti da causa di servizio.

Località e data

---

(Il Comandante)

PER PRESA VISIONE

---

(Grado, cognome e nome)