

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

Il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_ Forza armata \_\_\_\_\_,  
ultimo Ente di servizio (1) \_\_\_\_\_, nato/a  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 50 del d.P.R. n. 686/1957 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 l'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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note:

- (1) indicare ultimo Ente presso cui si è prestato servizio ovvero Ente a cui, successivamente al congedo, è stata trasmessa documentazione.