

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

Il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente in _____ (prov. _____) cap _____ via/piazza _____
tel. _____
cellulare _____ email _____
pec _____ grado di parentela _____,
con _____ il _____ militare _____ deceduto _____ (*cognome e nome*) _____,
grado _____, Forza armata _____,

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 _____