

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)