

RICHIESTA RAPPRESENTANZA MILITARE

IL/La Sottoscritto/a _____

Parente del (grado, cognome, nome) _____

Arma _____

Ultimo incarico ricoperto _____

Nato/a a _____ il _____

Deceduto a _____ il _____

Presso:

- propria abitazione sita in via _____ n. _____
- Ospedale civile di _____
- Ospedale militare di _____

CHIEDE

una rappresentanza militare ai funerali del proprio caro che si terranno

in _____ il giorno _____ alle ore _____

presso _____

in Via/Piazza _____

Residenza della famiglia _____

Recapiti telefonici _____.

FIRMA
