



---

Timbro lineare del comando/reparto

---

Data e Luogo, \_\_\_\_\_

### ATTESTAZIONE DI SERVIZIO

A richiesta dell'interessato, ai sensi dell'art. 4 bis del D.M. Salute 5 aprile 2016, si dichiara che \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, presta servizio permanente presso \_\_\_\_\_, con l'incarico di \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ è armato con pistola in dotazione personale e NON è gravato da alcuno dei seguenti casi:

- nessun ritiro dell'arma per temporanea inidoneità al servizio militare incondizionato, sospensione dell'impegno o dal servizio per motivi disciplinari o penali, aspettativa, congedo;
- nessuna sospensione precauzionale (obbligatoria e facoltativa), prevista dagli artt. 885 e ss. Del d.lgs. 15 marzo 2010 n.66 "Codice Ordinamento Militare";
- nessun provvedimento adottato dal Questore ai sensi degli artt. 8 e 9 del d.l. 23 febbraio 20096, n. 11 e dell'art. 3 d.l. 14 agosto 2013, n. 93 che ha introdotto la misura di prevenzione per condotte di violenza di genere;

Si dichiara inoltre che non è in atto alcun provvedimento di ritiro, anche temporaneo dell'arma in dotazione.

---

Firma