

Spett.le
SERVIZI SOCIALI D'AMBITO
Ambito Distrettuale di

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ cap _____ Prov. _____

via _____ Tel. _____

mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Consapevole delle sanzioni penali nei casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'Art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

Che in data _____ È DECEDUTO/A il/la signor/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Lasciando eredi:

1. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Relazione di parentela _____

2. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Relazione di parentela _____

3. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Relazione di parentela _____

4. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Relazione di parentela _____

5. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Relazione di parentela _____

6. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Relazione di parentela _____

A riscuotere il contributo spettante ai sensi della DGR 2862/2020 agli eredi del/della signor/a _____, sollevando l'ufficio pagatore da ogni responsabilità.

Luogo e data _____

In fede.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Allegati:

- Copia documento di identità del/dei delegante/i e del/la delegato/a;
- Copia CRS/CNS del/dei delegante/i e del/la delegato/a;
- Copia documento bancario/postale del/la delegato/a riportante il codice IBAN (NO LIBRETTI POSTALI / NO CARTE PREPAGATE)