

Al Sindaco del Comune di

RICHIESTA LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO “DISABILITÀ GRAVISSIMA” - ANNO 2024
(in caso di decesso del beneficiario e in ASSENZA di testamento)

(Dichiarazione sostitutiva artt. 46/47 DPR 445/2000)

Il/i sottoscritto/i (SPECIFICARE QUANTO DI SEGUITO RICHIESTO RELATIVAMENTE A TUTTI GLI EREDI, COME RIPORTATO NELL'ATTO NOTORIO)

NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA

Come da “**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per uso successione**” allegata alla presente, in qualità di erede/i legittimo/i del/della Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il

_____ Residente nel Comune di _____
 _____ e deceduto/a a _____
 _____ il _____

CHIEDE/CHIEDONO

Che il contributo della Disabilità gravissima per l'anno **2024** spettante al Sig./Sig.ra _____ sia liquidato sul seguente conto corrente:

- ☐ Conto corrente postale (***non libretto postale***)
- ☐ Conto corrente bancario

presso _____ Agenzia/filiale di _____

intestato a

data e luogo di nascita _____

C.F. _____

Residente in:

Recapito telefonico: _____

Codice IBAN:

[illegible]

Letto confermato e sottoscritto.

11

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000, la firma non va autenticata.

✓ **Allegano fotocopia non autenticata dei seguenti documenti d'identità (APPORRE
FIRMA DI TUTTI GLI EREDI):**
