

Allegato "H"

**ALL'ASP AMBITO 9
VIA GRAMSCI N.95
60035 JESI (AN)**

OGGETTO: Richiesta liquidazione contributo disabilità gravissima - ANNO 2023 (in caso di decesso del beneficiario e in assenza di testamento)

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 _____
 _____ il _____

CHIEDE/CHIEDONO

Che il contributo della Disabilità gravissima per l'anno **2023** 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]

Luogo _____ Data _____

(Si Allegano fotocopia non autenticata dei documenti d'identità dei firmatari)

FIRMA/FIRME
