Spett.le
AMBITO TERRITORIALE
DI _____

I sottoscritti,

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. Altri :_____

in qualità di eredi, consapevoli 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

DICHIARANO

che in data_____ È DECEDUTO/A il/la signor/a _____
nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e che non vi sono altri eredi oltre i suddetti.

DELEGANO

Il signor/la signora (Nome e Cognome) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____via _____ cap _____ Prov. __
Tel. _____mail _____
Relazione di parentela con il defunto_____
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

A incassare il contributo spettante ai sensi della DGR 1669 e della DGR 2033 del 18.03.24, sollevando l'ufficio pagatore da ogni responsabilità.

Luogo e data _____
In fede.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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)