

Al Sindaco del Comune di

RICHIESTA LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO "DISABILITÀ GRAVISSIMA" - ANNO 2024
(in caso di decesso del beneficiario e in PRESENZA di testamento)

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

Il sottoscritto (nome/cognome) _____ nato/a
 a _____ Prov. _____ il _____
 residente a _____ Prov. _____ Via
 _____,

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che gli **eredi testamentari** di _____ nato/a a
 _____ il _____ deceduto/a a _____ il
 _____ sono:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	RESIDENZA (indirizzo e comune)

_____, lì _____

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:
