

Oggetto: Dichiarazione per l'accredito del contributo Assegno di Cura

Avvalendomi di quanto previsto dal DPR 28 dicembre 2000, n. 445 in materia di autocertificazione e a conoscenza delle sanzioni civili e penali per dichiarazioni mendaci io sottoscritto: .....nato a .....  
Il.....Codice fiscale.....  
residente a ..... via .....

**DICHIARO**

che il/la Sig .....nato a .....  
Il.....beneficiario/a del contributo relativo alla Legge in oggetto è deceduto/a in data .....e che gli eredi sono le persone sottoelencate che con la loro firma mi hanno delegato alla riscossione del contributo da accreditare sul c/c a me intestato presso ISTITUTO/AGENZIA del cui **IBAN allego copia.**

Con la presente mi impegno a tenere indenne l'Amministrazione da controversie in merito al contributo riscosso che dovessero sorgere fra gli eredi, riconoscendo all'Amministrazione il diritto di rivalsa per i danni e oneri da essa patiti come conseguenza della lite.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Allego fotocopia dei documenti di identità in corso di validità mio e degli altri eredi cofirmatari.

di essere a conoscenza che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli a campione ai sensi del vigente Protocollo d'Intesa tra il Comune di Chioggia e la Guardia di Finanza.

Chioggia il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.	Cognome e nome erede	Codice Fiscale	Firma

*Allegare: fotocopia della carta d'identità del delegato e di tutti i deleganti e stampa IBAN*