

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
numero tel:.....email(facoltativo):.....

DICHIARO

che il/la Signato a
Il.....beneficiario/a del contributo relativo alla Legge in oggetto è deceduto/a in datae 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.

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.