

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' PER USO SUCCESSIONE

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a  nato/a a   
il  con residenza anagrafica nel Comune di   
e con abitazione nel Comune di   
Via  n.

è a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000.

## DICHIARA

Che (cognome e nome)  nato/a a   
il , ed era residente a   
in via  n°   
è deceduto/a a  il

senza lasciare disposizione testamentaria e che pertanto i suoi unici eredi legittimi sono:

Num. D'ord.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

- che tra i coniugi suddetti non è mai intervenuta sentenza di separazione e all'atto del decesso convivevano sotto lo stesso tetto;
- che non vi sono altri eredi oltre ai suddetti.
- In caso di più eredi è necessario compilare la delega nel retro sottoscritta da tutti gli altri eredi allegando copia di un documento d'identità in corso di validità

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto; nel caso in cui la dichiarazione sia già firmata, occorrerà allegare alla domanda la fotocopia non autenticata del documento di riconoscimento del dichiarante.

Ai sensi del nuovo regolamento EU 2016/679 in materia di trattamento dei dati personali i dati sopra riportati verranno utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data,

il dichiarante

---

## DELEGA ALLA RISCOSSIONE AD EREDE/I

Il sottoscritto/a

nato/a il  a  (  )

C.F.  residente in  (  )

via  n.  C.A.P.

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a

nato/a il  a  (  )

C.F.  residente in  (  )

via  n.  C.A.P.

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a

nato/a il  a  (  )

C.F.  residente in  (  )

via  n.  C.A.P.

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARA / DICHIARANO

di delegare alla riscossione del rimborso, spettante al de cuius, erogato da S.I.L.C.A. S.r.l.:

il/la Sig./Sig.ra

nato/a il  a  (  )

C.F.  residente in  (  )

via  n.  C.A.P.

e di sollevare S.I.L.C.A. S.r.l. da ogni responsabilità

, li

Allegati:

- Fotocopia documento di riconoscimento dei firmatari