**Allegato “G”**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**Art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445**

***(ai fini della liquidazione contributo disabilità gravissima - ANNO 2023 in presenza di testamento)***

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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Il testamento è stato pubblicato per atto del notaio Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ repertorio n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* che eccetto i sunnominati il/la suddetto/a defunto/a non ha individuato altri aventi diritto alla successione e tra di loro non vi sono inabilitati o interdetti.
* che tutti gli eredi sono maggiorenni;
* che al di fuori degli eredi citati non ve ne sono altri che possano vantare diritti di riserva o di legittimità sull’eredità;
* che l’erede/i citato/i acconsente/ono a che ogni importo a titolo di liquidazione del contributo della disabilità gravissima spettanti per **l’anno 2023** alla defunto/a Sig./Sig.ra………………………………………………….., potranno essere versati dall’ASP AMBITO 9 sul conto corrente n……………………………………………… intestato a ………………………………………………………………… presso l’Istituto di credito………………………………………………….. con codice IBAN …………………………………………………………………………………………………………………..

Dichiara di essere informato, ai sensi e per li effetti di cui al D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e succ. mod. recante il Codice in materia di protezione dei dati personali e gli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, che le informazioni raccolte saranno trattate, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Letto confermato e sottoscritto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_