Modulo 5

A CENTRO UNICO STIPENDIALE INTERFORZE
Ufficio di Gestione della Cassa di Previdenza delle Forze Armate
cusi@postacert.difesa.it
cusi@cusi.difesa.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' PER EREDI

(*Art. 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445*)

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e nome)

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a _____ Prov. (_____) il _____

residente in _____ Prov. (_____)

via/piazza _____ n. ____ C.A.P. _____

recapito telefonico: 1)_____ 2)_____

e-mail:_____ @ _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per mendaci dichiarazioni, sotto la mia personale responsabilità (*art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445*),

DICHIARA

che il/la (grado, cognome e nome) _____,

nato/a _____ Prov. (_____) il_____

e deceduto in data _____ a _____

senza lasciare disposizioni testamentarie e che, pertanto, **eredi legittimi** sono unicamente i seguenti familiari:

N	***Cognome e Nome***	***Luogo di nascita***	***Data di nascita***	***Codice Fiscale***	***Grado di parentela***
1					
2					
3					
4					
5					
6					

che oltre ai suddetti familiari, con piena capacità giuridica di agire, non esistono altre persone che, a termine di legge, possano vantare diritti alla successione.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare al predetto Ufficio ogni variazione che modifichi quanto dichiarato con la presente istanza.

Il/La sottoscritto/a autorizza codesta Amministrazione al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, nei limiti e con le modalità stabilite dal Regolamento Europeo 679/2016, recepito dal d.lgs. 101/2018.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.

_____, lì _____

IN FEDE

_____
(firma del dichiarante)