

Nel caso di beneficio a favore di uno o più soggetti nominati e l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento

LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DOVRA':

- essere prodotta in originale o copia autenticata
- contenere la data e il luogo di nascita e di morte dell' assicurato
- indicare che l' Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
- *contenere la dichiarazione che il dichiarante “ **ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie**”*
- essere autenticata dall' Autorità competente (Autorità comunale, cancelliere del Tribunale, Notaio) ai sensi dell' art. 21 del D.P.R. 445/2000

IMPORTANTE: Nel caso in cui l'Autorità Competente non dovesse autenticare il modello di seguito allegato, si dovrà utilizzare la modulistica in uso all'Autorità accertandosi che il documento prodotto riporti tutte le informazioni sopra precisate

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 21 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/anato/a il
a.....residente a
Via/Piazza

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28-12-2000, consapevole che, come previsto dall'art. 75 della medesima norma, qualora emerga la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera; consapevole inoltre delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

che il/la Sig./Sig.ra.....nato/a
il..... è deceduto/a in data.....luogo..... senza
lasciare disposizioni Testamentarie.

Si dichiara, infine, che ho espletato ogni tentativo e compiuto quanto in mio potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie.

Luogo.....il.....

Il/La dichiarante

AUTENTICAZIONE DELLA SOTTOSCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 21, D.P.R. 445 del 28/12/2000

attesto che la sottoscrizione della sopra estesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza
dal dichiarante, identificato previa esibizione di documento

numero.....rilasciato ilda

Luogo....., lì

Timbro dell'ufficio

Il Funzionario Incaricato (cognome, nome e qualifica)

Dichiaro altresì di essere informato, giusta art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.