



UOC Qualità e Risk Management

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Tel. 0342 521190 Fax 0342 521151 email: urp@asst-val.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ DI EREDI

(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

C.A.P. _____ Provincia _____ Indirizzo mail _____

consapevole della responsabilità penale, in caso di dichiarazione non veritiere e di falsità in atti, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di essere

Erede legittimo/a unico/a

Erede testamentario

Coerede legittimo/a con altri

Coerede testamentario

di _____

(cognome e nome del deceduto)

Nato/a il _____ e deceduto/a il _____

a _____

Data _____ Il Dichiarante _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000).

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2013

Egregio Signore, Gentile Signora,

La informiamo che i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati da questa Azienda esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse.

Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti da disposizioni di legge o per assolvimento di funzioni istituzionali. Il conferimento degli stessi è obbligatorio, pertanto, in caso di mancato conferimento dei dati, l'istanza non potrà essere presa in considerazione.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsto dall'art. 7 D. Lgs 193/2003.

Sottoscrizione apposta in presenza del dipendente addetto

Io sottoscritto/a _____
(cognome, nome e qualifica del pubblico ufficiale che riceve la dichiarazione)

Attesto che la sottoscrizione della presente dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante

Signor/ra _____ nella qualità di _____

Firma dipendente addetto _____

Sottoscrizione non apposta in presenza del dipendente addetto

Alla presente dichiarazione è stata allegata fotocopia del documento di identità n. _____

Rilasciato il _____ da _____

