Barcode

Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Agenzia provinciale per l'assistenza e
la previdenza integrativa
Via Zambra 42 - Top Center
38121 T R E N T O
apapi.invalidicivili@pec.provincia.tn.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA' RESA DALL'EREDE

(artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ , sesso _____
(cognome e nome del/la richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, indirizzo _____, n. _____

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

cittadinanza _____ telefono _____/_____ e-mail/PEC _____

❑ in qualità di beneficiario/a

oppure

se il dichiarante non è il/la beneficiario/a:

❑ ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 445/2000, in qualità di:

- ❑ genitore, persona esercente la potestà genitoriale o persona affidataria del/la beneficiario/a sotto riportato
- ❑ tutore/curatore del/la beneficiario/a sotto riportato se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere

Sig./ra _____ , sesso _____
(cognome e nome dell'assistito/a; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, via _____, n. _____

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

cittadinanza _____ telefono _____/_____ e-mail/PEC _____

ai fini della riscossione dei ratei maturati e non riscossi dal/la signor/a _____ nato/a il _____ delle seguenti provvidenze :

_____

_____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

D I C H I A R A

A. che Sig./ra cognome _____ nome _____, sesso ____
nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/_____
residente nel Comune di _____ _____ (Provincia _____)
frazione _____, via _____, n. _____

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

cittadinanza _____ tel. _____ mail/pec _____
è deceduto/a il _____;

B. ☐ che non esiste **testamento**;

☐ che esiste **testamento** del/la defunto/a valido e non impugnato, il cui verbale di pubblicazione è stato registrato;

che gli eredi del/la defunto/a e le relative quote di successione sono:

1. sig./ra _____ cod. fisc. _____
quota _____ % grado di parentela con il deceduto _____
luogo di nascita _____ (Provincia _____), data di nascita ___/___/_____
residente a _____ _____ (Provincia _____)
indirizzo _____, n. civico _____

2. sig./ra _____ cod. fisc. _____
quota _____ % grado di parentela con il deceduto _____
luogo di nascita _____ (Provincia _____), data di nascita ___/___/_____
residente a _____ _____ (Provincia _____)
indirizzo _____, n. civico _____

3. sig./ra _____ cod. fisc. _____
quota _____ % grado di parentela con il deceduto _____
luogo di nascita _____ (Provincia _____), data di nascita ___/___/_____
residente a _____ _____ (Provincia _____)
indirizzo _____, n. civico _____

4. sig./ra _____ cod. fisc. _____
quota _____ % grado di parentela con il deceduto _____
luogo di nascita _____ (Provincia _____), data di nascita ___/___/_____
residente a _____ _____ (Provincia _____)
indirizzo _____, n. civico _____

C. ☐ che tra gli eredi non esistono **incapaci** (ad es. minori, interdetti, ecc.);

☐ che gli eredi suindicati ai numeri _____ sono incapaci (es. minori, interdetti, inabilitati o tutelati da amministratore di sostegno) ed è stata ottenuta l'autorizzazione all'accettazione dell'eredità e alla riscossione del credito comunicato dalla Provincia Autonoma di Trento dal giudice tutelare del Tribunale di _____ autorizzazione/i di data _____ n° _____;

D. ☐ che nessun erede ha rinunciato **all'eredità**;

☐ che gli eredi suindicati ai numeri _____ hanno rinunciato all'eredità con atto registrato (indicare gli estremi della registrazione _____);

E. che ai fini dell'eventuale **imposta di successione**:

☐ l'importo del credito comunicato dalla Provincia Autonoma di Trento è stato denunciato presso l'Agenzia delle Entrate di _____ il _____ NUMERO _____ VOLUME _____;

☐ gli eredi si trovano nella posizione di esenzione fiscale prevista dall'art. 28, comma 7, del D.lgs. 31/10/90 n. 346, ai sensi del quale non vi è l'obbligo di dichiarazione se l'eredità è devoluta al coniuge e ai parenti in linea retta del defunto e l'attivo ereditario ha un valore non superiore ad euro 100.000,00 (D.Lgs. 175/2014) e non comprende beni immobili o diritti reali immobiliari.

Il/la sottoscritto/a chiede l'erogazione dei ratei per una somma corrispondente:

☐ alla propria quota di eredità;

☐ all'intero ammontare dei ratei maturati e non riscossi

Il/la sottoscritto/a chiede di incassare la somma nel seguente modo:

☐ pagamento con assegno di traenza;

☐ con accreditamento sul seguente conto corrente bancario/postale o equivalente:

Intestatario _____

IBAN |__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ANNOTAZIONI:

_____

_____

_____

ALLEGATI:

- **(eventuale) delega alla riscossione al richiedente da parte degli eredi (in caso di erogazione dell'intero ammontare dei ratei maturati e non riscossi)**

Dichiara infine:

❑ di aver compilato una dichiarazione costituita da [ ] pagine, identificata da:

PROTOCOLLO ICEF N. [ ] **CODICE DI CONTROLLO** [ ]

per la quale ha rilasciato un mandato di assistenza e rappresentanza ai sensi dell'art. 47 del codice civile al patronato _____;

(La seguente dichiarazione è facoltativa: barrare il relativo riquadro solo se si intende eleggere domicilio digitale)

❑ di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

❑ di aver ricevuto e preso visione dell'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per la previdenza e assistenza integrativa n. 2264 di data 20.12.2019, e pubblicata sul sito istituzionale della Provincia autonoma di Trento https://www.provincia.tn.it/Amministrazione/Documenti/Dichiarazione-per-la-liquidazione-agli-eredi-dei-ratei-maturati-e-non-riscossi

_____ (luogo) _____ (data sottoscrizione) _____ (firma)

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente dichiarazione è stata:

❑ sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto _____ (indicare il nome del dipendente addetto)

❑ consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato

- **Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare**

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra

_____

identificato/a mediante _____

il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

_____ (data) _____ (timbro dell'ufficio e firma)

- **Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare**

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra

_____ identificato/a mediante _____ il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che il sig./ra _____ si trova un una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

_____ (data) _____ (timbro dell'ufficio e firma)

RISERVATO ALL'UFFICIO - ATTESTAZIONE DELLA PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE

DOMANDA _____ **DELL'ENTE** _____

Io sottoscritto/a _____ addetto/a all'ufficio _____

attesto che:

è stata presentata una dichiarazione ai fini della riscossione dei ratei maturati e non riscossi delle provvidenze da parte del/la Sig./ra _____ costituita da _____ pagine identificate da:

PROTOCOLLO ICEF N. _____ **CODICE DI CONTROLLO** _____

per la quale ha rilasciato delega al Patronato _____

inoltre, dichiaro

di aver consegnato l'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per la previdenza e assistenza integrativa n. 2264 di data 20.12.2019, e pubblicata sul sito istituzionale della Provincia autonoma di Trento https://www.provincia.tn.it/Amministrazione/Documenti/Dichiarazione-per-la-liquidazione-agli-eredi-dei-ratei-maturati-e-non-riscossi

_____ _____ _____

(luogo) (data) (timbro dell'ente e firma dell'addetto)

Copia della presente dichiarazione è disponibile, per eventuali controlli, presso questo ufficio, e le informazioni in essa contenute sono trasmesse e conservate elettronicamente nell'apposita banca dati ICEF presso Trentino digitale s.p.a. La domanda e il relativo esito dell'elaborazione sono consultabili anche all'indirizzo https://www.servizionline.provincia.tn.it.

Divieto delle "revolving doors" – articolo 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001

I dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Da presentare unitamente alla domanda qualora il richiedente chieda l'erogazione della somma corrispondente all'intero ammontare dei ratei maturati e non riscossi

I sottoscritti eredi di _____ nato/a il _____ e deceduto/a il _____ codice fiscale _____

1. Signor/a _____ nato/a il _____ a _____
2. Signor/a _____ nato/a il _____ a _____
3. Signor/a _____ nato/a il _____ a _____
4.

DELEGANO

il/la signor/ra _____ nato/a il _____

a _____ e residente a _____

indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

a riscuotere in loro vece le somme spettanti a titolo di Invalidità civile e non riscosse dal soggetto deceduto.

FIRME (1)

Marca da bollo
€ 16,00

1. _____
2. _____
3.
4.

(1) Autentica delle sottoscrizioni (art. 21, comma 2, e art. 33, comma 2, D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Le sottoscrizioni degli eredi deleganti devono essere autenticate da un notaio, cancelliere, segretario comunale o dipendente incaricato dal Sindaco oppure dal dipendente addetto a ricevere la documentazione e, se residenti all'estero, presso rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.