

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
SORDITA' PROFESSIONALE DA RUMORE

(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
 _____ della **RENDITA PER SORDITA' PROFESSIONALE DA RUMORE Legge**
regionale 2 gennaio 1976, n. 1.



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).

DICHIARA

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 _____



Dichiara infine:

- 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 e pubblicata sul sito

<https://www.provincia.tn.it/Amministrazione/Documenti/Informativa-Privacy-Legge-regionale-2-gennaio-1976-n.-1>

_____ (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 in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

_____ (data)

_____ (timbro dell'ufficio e firma)



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)

1. _____

2. _____

3.

4.

Marca da bollo
€ 16,00

(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.

