



**Comune di Marigliano**  
**Ufficio Invalidi Civili**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(La presente dichiarazione viene resa ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e delle sanzioni penali previste dall'art 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci).

**RICHIESTA DI RATEI MATURATI E NON RISCOSSI**

Prot. \_\_\_\_\_

Ufficio Invalidi Civili

**OGGETTO: Inv. Civile Deceduto** \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

E residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di erede dell'Invalido Civile in oggetto indicato

**Chiede i ratei maturati e non riscossi**

relativi alla propria quota parte;

relativi a tutte le quote parte;

relativi a n. \_\_\_\_\_ quote parte;

A tal fine **DICHIARA:**

che l'invalido civile \_\_\_\_\_ era nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ e che lo stesso è deceduto in data \_\_\_\_\_

Ed era, altresì, in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_

**DICHIARA, inoltre, (barrare la casella che interessa)**

che l'invalido deceduto ha lasciato testamento, di cui si allega copia conforme all'originale e che è l'ultimo, valido e non impugnato, e che lo stesso è stato regolarmente pubblicato;

che l'invalido deceduto non ha lasciato testamento;

che gli eredi legittimi dell'invalido deceduto sono:

1	C.F.	Parentela	Quota
Cognome	Nome		
Data di nascita	Luogo di nascita		
Residenza	Indirizzo		
Prov.	C.A.P.		

2	C.F.	Parentela	Quota
Cognome	Nome		
Data di nascita	Luogo di nascita		
Residenza	Indirizzo		
Prov.	C.A.P.		

3	C.F.	Parentela	Quota
Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza Prov. C.A.P.		Indirizzo	

4	C.F.	Parentela	Quota
Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza Prov. C.A.P.		Indirizzo	

5	C.F.	Parentela	Quota
Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza Prov. C.A.P.		Indirizzo	

6	C.F.	Parentela	Quota
Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza Prov. C.A.P.		Indirizzo	

7	C.F.	Parentela	Quota
Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza Prov. C.A.P.		Indirizzo	

- che oltre i suddetti non vi sono altri eredi aventi diritto a quote di legittima o di riserva;
- che gli eredi maggiorenni sono giuridicamente capaci;

**AVVERTENZE**

Nella dichiarazione sottostante devono essere riportati i dati dell'invalido a decorrere dall'anno \_\_\_\_\_ fino alla data del decesso.

**DICHIARA**, infine, che l'invalido civile deceduto:

- non svolgeva attività lavorativa;

**ovvero**

- svolgeva attività lavorativa, presso \_\_\_\_\_ con un reddito

lordo annuo di L. \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_

di L. \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_

di L. \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_

e per \_\_\_\_\_

- era titolare di pensione corrisposta dal \_\_\_\_\_ categ. \_\_\_\_\_

per un ammontare lordo annuo di L. \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_

di L. \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_

di L. \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_

e per \_\_\_\_\_

In caso affermativo specificare se le pensioni corrisposte erano comprensive di indennità di accompagnamento:

SI  NO

era titolare di altri redditi \_\_\_\_\_  
(specificare se provenienti da terreni, fabbricati, imprese ecc.)

per un ammontare lordo annuo di L. \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_

di L. \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_

era titolare di altre indennità corrisposte per causa di guerra, di lavoro o di servizio:

\_\_\_\_\_  
(Specificare l'Ente erogatore e la decorrenza)

non era ricoverato in Istituto con spese a carico di Enti pubblici;

**ovvero**

era ricoverato presso \_\_\_\_\_ con retta di mantenimento a carico

di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

### AUTENTICAZIONE

Si attesta che la dichiarazione è stata resa e sottoscritta ai sensi del D.P.R. 445/2000 in mia presenza, e che il dichiarante è stato identificato mediante esibizione del seguente documento di riconoscimento:

.....  
(tipo di documento e numero) (rilasciato il) (ente rilasciante)

Data ..... Timbro

IL FUNZIONARIO ADDETTO

### DELEGHE

I sottoscritti (1) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

(5) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

(6) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

(7) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

### DELEGANO

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. e residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

a riscuotere i ratei maturati e non riscossi dell'Invalido deceduto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### AUTENTICAZIONE

Si attesta che la dichiarazione è stata resa e sottoscritta ai sensi del D.P.R. 445/2000 in mia presenza e che i sottoscritti sono stati identificati mediante esibizione dei seguenti documenti di riconoscimento;

..... (tipo di documento e numero/rilasciato il/da)	..... (tipo di documento e numero/rilasciato il/da)
..... (tipo di documento e numero/rilasciato il/da)	..... (tipo di documento e numero/rilasciato il/da)
..... (tipo di documento e numero/rilasciato il/da)	..... (tipo di documento e numero/rilasciato il/da)
..... ( tipo di documento e numero/rilasciato il/da)	

Data ..... Timbro .....

IL FUNZIONARIO ADDETTO

### RISERVATO ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del dipendente incaricato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*firma, timbro personale, timbro dell'ufficio*

La suddetta dichiarazione è stata inoltrata a mezzo \_\_\_\_\_, allegando copia fotostatica di documento di identità

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero l'istanza sia inoltrata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo ( art.38 comma 3 DPR n. 445/00)

### IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare per impedimento fisico o analfabetismo è raccolta da pubblico ufficiale che deve accertare l'identità del dichiarante ed attestare che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo. Per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

Se l'interessato è soggetto alla potestà dei genitori, a tutela o a curatela, la dichiarazione è sottoscritta, senza alcuna autentica, rispettivamente dal genitore esercente la patria potestà, dal tutore, o dall'interessato stesso con l'assistenza del curatore.

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ (dipendente addetto) RICEVE LA DICHIARAZIONE DEL SIG \_\_\_\_\_ IMPOSSIBILITATO A FIRMARE PERCHE' IMPEDITO E DELLA CUI IDENTITA' SI E' ACCERTATO TRAMITE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*firma, timbro personale, timbro dell'ufficio*