

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE di
Servizio Invalidi Civili Ciechi e Sordomuti

Marca da
bollo da
€ 14,62

72023 M E S A G N E

DOMANDA PER RISCOSSIONE DEI RATEI MATURATI E NON RISCOSSI

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Cod. fiscale ____/____/____/____/ nato/a a _____

Il ____/____/____/, residente a _____ C. A. P. _____

Via o piazza _____ n. _____ tel. _____

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 4, 5, 46, e 47 del D.P.R. 28/12/2000,

In qualità di Erede dell' invalido/a civile cieco sordomuto sig. _____

_____ nato/a a _____ il _____

e deceduto/a il _____ **CHIEDE i ratei maturati e non riscossi**

relativi: alla propria quota parte a tutte le quote parte a n° _____ quote parti

firma

Mesagne lì _____

_____ (non autenticata)

Impedimento alla sottoscrizione : La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale che si deve accertare dell'identità del dichiarante, attestare che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato, indicando di seguito la causa dell'impedimento.

NEL CASO DI PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO:

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto (art.3 comma 3 L.15.5.97 n. 127)

Firma e timbro _____

INVIO PER POSTA O TRAMITE ALTRA PERSONA :

Ai sensi dell'art. 2 commi 10 ed 11 della L. 16/06/1998 n. 191, è allegata fotocopia del documento di identità del sottoscrittore.