Allegato 2 alla richiesta di sussidio INL

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI MORTE E DELLO STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

Indicare i dati di chi chiede il sussidio (in caso di decesso del dipendente: il coniuge, il convivente o il figlio/a carico)

nato/a in _____ (___) il _____

residente in _____ (___) CAP _____

indirizzo _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | telefono _____

documento di identità: tipo _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti (art 76 d.P.R. n. 445/2000) e della conseguente decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 d.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

D I C H I A R A

che _____

Cognome e nome del defunto

nato/a in _____ (___) il _____

residente in vita in _____ (___) CAP _____

indirizzo _____

È deceduto in _____ (___) il _____

Causa decesso (da compilare solo in caso di decesso avvenuto per SARS - COVID 19) _____

Il decesso è stato registrato in _____ (___)

Comune e provincia

Ultima sede di servizio _____

Compilare solo in caso di decesso del dipendente

Dichiara che alla data del decesso il/la sottoscritto/a era nello stato di famiglia del defunto in qualità di:

❑Coniuge ❑Convivente (ai sensi della Legge n. 76/2016) ❑Figlio/a carico del deceduto

Data, _____

_____

Firma del dichiarante

La presente dichiarazione viene spedita unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante (d.P.R. 445/2000, art. 38).