

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445 ART.47)

Il /la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ ,
residente nel Comune di _____ in via _____
numero di tel _____ ,

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R 445/2000 e s.m.i sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Per le finalità di cui alla domanda di concessione di contributo per il superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati (l.13/89), presentata in data _____ prot.n _____

- che il/la Sig./ ra _____ nato/a a _____ il _____ è deceduto/a in data _____ senza lasciare disposizioni testamentarie;
- che gli unici legittimi eredi sono:

Num d'ord	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Residenza	Grado di parentela con il de cuius	Percentuale di eredità spettante a ciascun erede
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DICHIARA di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all' art.13 del D.Lgs n.190 del 30/06/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Fermignano, _____

IL/LA DICHIARANTE

AUTENTICAZIONE DI FIRMA
(D.P.R. 28.12.2000, n. 445 – art21)

Previa identificazione del/lla Sig./ra _____

a mezzo di _____

ne dichiaro autentica la firma apposta in mia presenza.

Luogo e data

IL FUNZIONARI INCARICATO
