

Al Comune di Fermignano
Via Mazzini n.3
61033 Fermignano (PU)

MODELLO DI DELEGA ALLA RISCOSSIONE AD UN EREDE

1. Io sottoscritto/a [] nato/a il []
a [] Provincia [] Cod. Fisc. []
residente in [] Provincia [] Cap []
Via/piazza []

2. Io sottoscritto/a [] nato/a il []
a [] Provincia [] Cod. Fisc. []
residente in [] Provincia [] Cap []
Via/piazza []

3. Io sottoscritto/a [] nato/a il []
a [] Provincia [] Cod. Fisc. []
residente in [] Provincia [] Cap []
Via/piazza []

In qualità di unico/i erede/i legittimo/i del/la Signor/a []
Cod. Fisc. [] nato/a il [] a [], deceduto/a
in data []

consapevole/i delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della
decadenza dei benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiero, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000;

informato/i, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679) e dell'art. 13 del
D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) , recanti disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento
dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di
questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace
gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e
dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con
le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa;

DICHIARO

di aver delegato alla riscossione spettante al de cuius sopra indicato,

il/la Sig./Sig.ra [] nato/a il []
a [] Provincia [] Cod. Fisc. []
residente in [] Provincia [] Cap []
Via/piazza []
al seguente codice Iban []

Luogo e data

Firma dei dichiaranti (compreso il soggetto delegato):

1. Sig./Sig.ra Firma _____
2. Sig./Sig.ra Firma _____
3. Sig./Sig.ra Firma _____

AUTENTICA DI FIRMA

Ai sensi dell'art. 21, comma 2, del DPR 445/2000, **previa identificazione del/della**:

1. Sig./Sig.ra Documento
2. Sig./Sig.ra Documento
3. Sig./Sig.ra Documento

ne dichiaro autentica la firma apposta in mia presenza.

Luogo e data

IL FUNZIONARIO INCARICATO