Comune di Trasacco (AQ)

Piazza Mazzini - c.a.p. 67059
TEL. 0863/931120 FAX 0863/931240
C.F. 00167260660
E-Mail info@comune.trasacco.aq.it

| **DELEGA RISCOSSIONE RATEI** |

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. .....

Quale coerede dal/la defunto/a:

(*Cognome e nome*) ……..

nata/o a ……..il ……..

deceduto a ……..il ……..

DELEGA ALLA RISCOSSIONE DEI RATEI DI PENSIONE MATURATI E NON RISCOSSI

Mio/a (*Indicare il grado di parentela*)……..

(Nome e Cognome)……..

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

Dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96. Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o non veriteriere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Trasacco lí, ..…… Il Delegante .....……..

Spazio riservato al pubblico ufficiale addetto alla autenticazione della sottoscrizione

Comune di …….. Ufficio ……

Io sottoscritto Funzionario incaricato dal Sindaco, Ai sensi dell'art.21 D.P.R. 445/2000, attesto che la firma del suindicato erede sono é stata apposta in mia presenza previo accertamento dell' identità mediante:

……

……

Trasacco lí, ..…… Il Pubblico ufficiale .....……..