



Marca da
bollo da Euro
14,62

**COMUNE DI BOLOGNA – SETTORE SERVIZI SOCIALI
U.I. INVALIDI CIVILI
DOMANDA DI RATEI CADUTI IN SUCCESSIONE**

I sottoscritti:

1. Cognome e nome _____ nato a _____ (Pr) _____ il _____ residente a _____ (Pr) _____ Via _____ n. _____ Cap. _____ tel. Casa _____ cellulare _____ Cod . Fisc. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
2. Cognome e nome _____ nato a _____ (Pr) _____ il _____ residente a _____ (Pr) _____ Via _____ n. _____ Cap. _____ tel. Casa _____ cellulare _____ Cod . Fisc. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3. Cognome e nome _____ nato a _____ (Pr) _____ il _____ residente a _____ (Pr) _____ Via _____ n. _____ Cap. _____ tel. Casa _____ cellulare _____ Cod . Fisc. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
4. Cognome e nome _____ nato a _____ (Pr) _____ il _____ residente a _____ (Pr) _____ Via _____ n. _____ Cap. _____ tel. Casa _____ cellulare _____ Cod . Fisc. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

EREDI di _____ nato il _____ deceduto il _____

CHIEDONO

La corresponsione delle proprie quote dei ratei di pensione, assegno, indennità e/o rata di tredicesima, maturati e non riscossi dal predetto invalido defunto.

Data _____

Firme apposte di ogni singolo richiedente :



COMUNE DI BOLOGNA – SETTORE SERVIZI SOCIALI
U.I. INVALIDI CIVILI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

Io sottoscritto

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Valendomi delle disposizioni di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del codice penale, **dichiaro sotto la mia personale responsabilità che:**

Il/la Sig/Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

È deceduto/a il _____ a _____ Prov. _____

Al momento del decesso era residente a (città/Stato) _____

Ha lasciato testamento (di cui si allega copia conforme all'originale) e che lo stesso non è stato impugnato da eventuali eredi riservatari;

Non ha lasciato disposizioni testamentarie e gli eredi legittimi sono esclusivamente i sotto elencati e nessuno dei quali ha formalmente rinunciato all'eredità dell'invalido deceduto:

1. _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____

grado di parentela con il defunto*

2. _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____

grado di parentela con il defunto*

3. _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____

grado di parentela con il defunto*

4. _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____

grado di parentela con il defunto*

N.B.* E' necessario indicare il grado di parentela fra l'erede e il defunto e la linea di successione (nel caso il deceduto sia nonno dell'erede occorre specificare la diretta discendenza es: *nipote, figlio/a di..... figlio/a premorto del deceduto*; nel caso il deceduto sia zio dell'erede specificare secondo il seguente schema: *figlio difratello/sorella premorto del deceduto*).

Che il defunto

- Non ha lasciato altri figli legittimi oltre a quelli suindicati che non sono inabili né interdetti.
- Non ha lasciato figli naturali riconosciuti, adottati, affiliati, o giudizialmente dichiarati;
- Che tra coniugi non è stata promossa, né pronunciata sentenza di separazione personale passata in giudicato, né esisteva separazione di fatto e non pendeva tra noi giudizio di scioglimento del matrimonio;
- Che tra coniugi è stata pronunciata sentenza di scioglimento del matrimonio e si allega copia conforme della sentenza

Che il defunto

- non era ricoverato in ospedale/ casa di cura/ casa di riposo;
- era ricoverato, in ospedale/ casa di cura/ casa di riposo con retta a parziale o totale carico dello stesso o dei famigliari;
- era/e' stato ricoverato gratuitamente (a totale carico di Ente pubblico) presso il seguente ospedale/ casa di cura/ casa di riposo:

Ospedale/casa di cura /casa di riposo	Periodo di degenza	Reparto

Che il defunto:

- non fruiva di indennità erogate per cause di guerra, di lavoro o di servizio;
- fruiva della seguente/i di indennità erogate per cause di lavoro , guerra o di servizio :

Tipo di pensione	Ente Erogatore

 DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI CECITA' PARZIALE O TOTALE

Dichiara altresì ai sensi dell'art.40 della L.27.12.02 n. 289:

- che il defunto non fruiva di servizio di accompagnamento
- che il defunto fruiva o aveva fruito di servizio di accompagnamento dal _____
al _____

Dichiara inoltre a titolo informativo e conoscitivo:

- di comunicare qualsiasi variazione che dovesse verificarsi rispetto alle situazioni dichiarate ;
- di essere stato messo a conoscenza che il Settore Servizi Sociali - U.I. Invalidi Civili potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- di aver ricevuto e accettato l'Informativa resa ai sensi dell'art.13 del D.l.gs. 30.06.03 n. 196

L'Amministrazione Comunale informa , ai sensi del D.L.gs.196/2003 che:

- il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per la corresponsione dei ratei di pensione, assegno, indennità e/o rata di tredicesima maturati e non riscossi dall'invalido defunto; il trattamento comporta operazioni relative anche a dati sensibili, per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D lgs. n. 135/1999 e dai provvedimenti dal Garante per la Protezione dei Dati Personali;*
- il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;*
- il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;*
- il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;*

- e) i dati conferiti, compresi quelli sensibili, saranno comunicati per gli adempimenti procedurali a soggetti Pubblici (AUSL, INPS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, altri Comuni), a soggetti privati (ai sensi dell'art.8 del Regolamento sulla tutela della privacy del Comune di Bologna);
- f) il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.L.gs.196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc...) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune individuato nel Direttore del Settore a cui è stata rivolta l'istanza;
- g) la cancellazione dei dati comporta l'annullamento della domanda di riscossione dei ratei non riscossi;
- h) il titolare del trattamento è il Comune di Bologna, con sede in Piazza Maggiore,6 – Bologna - 40121; il responsabile del trattamento è il Direttore del Settore a cui è stata rivolta l'istanza.

Bologna, li _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 4 del DPR 28.12.2000 n. 445, la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.
 In caso di impedimento temporaneo, la dichiarazione può essere sostituita dalla dichiarazione contenente espresse indicazioni dell'esistenza di un impedimento resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante.

RIS

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RICEVENTE

Il sottoscritto funzionario incaricato attesto che il dichiarante

- Ha direttamente presentato e sottoscritto in mia presenza la sopracitata domanda
- Ha presentato la domanda per via telematica, per posta o tramite terzi, accompagnata da fotocopia del documento di identità (allegata)
- Ha reso la dichiarazione su estesa in mia presenza previo accertamento della sua identità mediante _____ in quanto:
- Non sa firmare
- È impedito in modo permanente alla sottoscrizione



Li _____ IL FUNZIONARIO INCARICATO _____

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' NEL CASO DI TRASMISSIONE DEL PRESENTE MODULO PER POSTA O TRAMITE FAX O TRAMITE TERZI