

Oggetto: **Dichiarazione per l'accredito del contributo Impegnativa di Cura Domiciliare**

Avvalendomi di quanto previsto dal DPR 28 dicembre 2000, n. 445 in materia di autocertificazione e a conoscenza delle sanzioni civili e penali per dichiarazioni mendaci io sottoscritto:

\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_,

COD. FISC. \_\_\_\_\_

quale familiare di riferimento ,

DICHIARO

che in caso di decesso della Sig./ra \_\_\_\_\_ beneficiario/a del contributo relativo al fascicolo \_\_\_\_\_ gli eredi legittimi sono le persone sottoelencate che con la loro firma hanno delegato la riscossione del contributo mediante

accredito c/c IBAN \_\_\_\_\_  
Banca \_\_\_\_\_  
intestato al sig./ra \_\_\_\_\_

Con la presente i sottoscritti si impegnano a tenere indenne l'Amministrazione da controversie, in merito al contributo riscosso, che dovessero sorgere fra gli eredi, riconoscendo all'Amministrazione il diritto di rivalsa per i danni e oneri da essa patiti come conseguenza della lite.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione è resa

N.	Cognome e nome erede	Codice Fiscale	Firma

**Allego fotocopia dei documenti di identità in corso di validità mio e degli altri eredi cofirmatari.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_