

Spett.le Azienda Ospedaliero - Universitaria Mater Domini

D I C H I A R A Z I O N E

Luogo: _____ **Data:** _____

Il /La Sottoscritto/a: _____

Nato/a: _____ **il:** _____

Residente a: _____ **Via:** _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

- Di essere erede legittimo del Signor/a:

Cognome e nome: _____

Nato/a: _____ **il:** _____

Deceduto/a in data: _____

- Di agire in nome e per conto degli altri coeredi

E' consapevole

che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000.

E' a conoscenza

che i suoi dati personali saranno trattati esclusivamente ai fini del presente procedimento.

Firma del Dichiarante:

**AL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE ALLEGATA
LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE**