

All'Ufficio Welfare
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di
ENNA
welfare@asp.enna.it

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____ il __/__/_____
Codice Fiscale _____, residente in _____ CAP _____
nella Via/Piazza _____ n _____ email _____
tel. casa _____ tel. cellulare _____ coniuge/erede di _____
dipendente dell'ASP di Enna, matricola _____

CHIEDE

la concessione del sussidio previsto per il coniuge del dipendente che sia deceduto senza avere maturato il diritto alla pensione.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che:

- a. __l__ propri__ coniuge, nat__ il __/__/_____
a _____, dipendente dell'ASP di
Enna, matricola _____ è deceduto il __/__/_____
a _____
- b. che lo stesso è deceduto senza avere maturato il diritto alla pensione
- c. che l'evento è stato registrato al Comune di _____ e che per tale evento non è stato
richiesto né ottenuto altro analogo beneficio.

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità del coniuge superstite che richiede il sussidio
2. dichiarazione sostitutiva del certificato di morte

Si autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

_____, il _____

Firma per esteso

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Art 46 e art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i)

Il sottoscritt _____
nat_ a _____ il ___ / ___ / _____ C.F. _____ ,
consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA³

Luogo

Data

Firma

.....

³ - Dichiarazione sostitutiva del certificato di morte