

Allegato H “Delega riscossione eredi”

**AII'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 3
VIA G. LAPIS N. 10 – 61043 CAGLI (PU)**

DELEGA ALLA RISCOSSIONE DEL CONTRIBUTO

Ai fini della liquidazione del contributo per disabilità gravissima – Annualità 2025 (in caso di decesso del beneficiario)

I sottoscritti, di seguito indicati, in qualità di eredi del/della Sig./Sig.ra _____, come risultante dalla **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** allegata alla presente (resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, sia in presenza che in assenza di testamento),

NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA

DELEGANO

il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____
il ____ / ____ / _____, Codice Fiscale _____,
residente in _____ **Via** _____,
recapito telefonico _____,

a riscuotere, in nome e per conto di tutti gli eredi, il contributo relativo alla disabilità gravissima – annualità 2025 spettante al defunto beneficiario, mediante accredito sul seguente conto corrente intestato al delegato:

- ☐ Conto corrente bancario
- ☐ Conto corrente postale (escluso libretto postale)

Istituto di credito/Ufficio postale: _____

