

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in _____ n. _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Che gli eredi legittimi del defunto _____
nato a _____ il _____
deceduto a _____ il _____
che era residente a _____ in via _____ n. _____
senza lasciare testamento, sono:

_____	nato/a _____	il _____	nazionalità _____
indirizzo _____		rapp. par. _____	
_____	nato/a _____	il _____	nazionalità _____
indirizzo _____		rapp. par. _____	
_____	nato/a _____	il _____	nazionalità _____
indirizzo _____		rapp. par. _____	
_____	nato/a _____	il _____	nazionalità _____
indirizzo _____		rapp. par. _____	
_____	nato/a _____	il _____	nazionalità _____
indirizzo _____		rapp. par. _____	

- che dette persone hanno la piena capacità di agire giuridica;
- che non esistono altre persone, oltre quelle indicate nell'atto, che possano vantare diritti a quote di legittima, o riserva, o altre ragioni sull'eredità;
- che tra il de cuius ed il coniuge superstite è stata/non è stata pronunciata sentenza di separazione personale, o sentenza di divorzio passata in giudicato.

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del citato D.Lgs. n. 196/2003.

Luogo e data _____

Il/La Dichiarante

(riservato all'URP del Comune di Montechiarugolo)
AUTENTICAZIONE DELLA SOTTOSCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 21, D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 , attesto che la sottoscrizione della sopraesesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato previa esibizione di

_____ n. _____ rilasciato il _____

da _____

Luogo e data _____

Il Funzionario Incaricato

Marca bollo € 16,00
