

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

OGGETTO: Richiesta liquidazione contributo disabilità gravissima-anno 2023 (in caso di decesso del beneficiario e in assenza di testamento)

Il/i sottoscritto/i (SPECIFICARE QUANTO DI SEGUITO RICHIESTO RELATIVAMENTE A TUTTI GLI EREDI, COME RIPORTATO NELL'ATTO NOTORIO)

NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA

Come da "**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per uso successione**" allegata alla presente, in qualità di erede/i legittimo/i del/della Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ Residente nel Comune di _____ e deceduto/a a _____ il _____

