

Allegato "H"

AII'ASP AMBITO 9
VIA GRAMSCI N.95
60035 JESI (AN)

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 _____

