**Allegato “G”**

**OGGETTO: Richiesta liquidazione contributo disabilità gravissima-anno 2023 (in**

# **caso di decesso del beneficiario e in assenza di testamento)**

II/I sottoscritto/i *(SPECIFICARE QUANTO Dl SEGUITO RICHIESTO RELATIVAMENTE A TUTTI GLI EREDI, COME RIPORTATO NELL’A TTO NOTORIO)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | COGNOME | DATA E LUOGO DI NASCITA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Come da *“Dichiarazione sostitutiva di alto 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 il

CHIEDE/CHIEDONO

# Che il contributo della Disabilità gravissima per l'anno 2023 spettante al Sig./Sig.ra sia liquidato sul seguente conto corrente:

O Conto corrente postale (NON LIBRETTO POSTALE)

O Conto corrente bancario

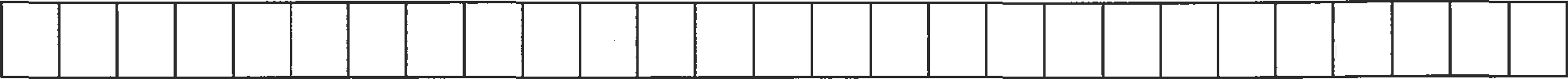
presso Agenzia/filiale di

intestato a

data e luogo di nascita

C.F.

Residente in: Recapito telefonico: Codice IBAN:



Luogo Data

(Si Allegano fotocopie non autenticate dei documenti d'identità dei firmatari)

FIRMA/FIRME