

## OGGETTO: sussidio per decesso associato

Compilare la sezione **A)** o **B)** relativa al caso specifico e sbarrare la parte che non interessa

**A)** Il/La sottoscritto/a.....  
vedovo/a dell'associato/a....., già dipen-  
dente dell'AZIENDA ....., deceduto/a il .....,  
Via/Piazza ..... n° .....  
C.A.P. .... Comune ..... Prov. ....  
telefono ..... Indirizzo mail .....

CHIEDE la corresponsione del sussidio per decesso associato (art. 10 statuto sociale) ed a tal fine allega i seguenti documenti:

- 1) certificato di morte dell'associato (in carta libera);
- 2) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, redatta secondo lo schema del modello allegato, oppure atto notorio nel quale debbono essere specificate le stesse dichiarazioni indicate nel modello allegato.

**B)** Il/La sottoscritto/a.....  
quale esecutore delle onoranze funebri relative all'ex associato .....,  
deceduto/a il .....

CHIEDE la corresponsione del sussidio per decesso associato (art. 10 statuto sociale) ed a tal fine allega i seguenti documenti:

- 1) certificato di morte dell'associato (in carta libera);
- 2) fatture originali delle spese sostenute per le onoranze funebri.

In relazione a quanto sopra, il sottoscritto chiede che l'erogazione del sussidio venga corrisposta tramite bonifico presso \_\_\_\_\_

NOME BANCA

N° AGENZIA

CITTA'

con le seguenti  
coordinate :  
IBAN n°

Paese	Check	Cin	ABI	CAB	Numero conto
(2 lett)	(2 cifre)	lett.	(Cinque cifre)	(Cinque cifre)	(Dodici lettere maiuscole e numeri)
I	T				

**Lo scrivente presta il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali).**

Data .....

.....  
(firma per esteso obbligatoria)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (artt. 47 e 48 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

### PER USO RICHESTA SUSSIDIO DECESSO ASSOCIATO

(Come da deliberaz. del Consiglio di Amministrazione A.N.D.S.A.I. del 16/3/2001 in conformità con gli

### TESTO DELLA DICHIARAZIONE

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in Via\ Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Fraz. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
nella qualità di coniuge superstite dell'associato/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e deceduto il \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76  
D.P.R. 445/2000), **dichiaro sotto la mia personale responsabilità che alla data del decesso ero fiscalmente a carico  
del 'de cuius' e che la famiglia era così composta:**

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Lo scrivente presta il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali).**

Data .....  
(firma per esteso obbligatoria)

Allegare fotocopia della carta di identità del dichiarante  
o di un documento equipollente e trascrivere gli estremi: .....

**AVVERTENZA:** IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI SULLA  
BASE DI UNA DICHIARAZIONE NON VERITIERA ED IN TAL CASO L'A.N.D.S.A.I.  
AVRÀ DIRITTO AL RIMBORSO DI QUANTO INDEBITAMENTE EROGATO.

Data ..... **ACCETTO IL CONTENUTO DELLA PREDETTA AVVERTENZA**  
.....  
(firma per esteso obbligatoria)