Al Settore Servizi Sociali
UOS Contributi - ICD
Via del Carmine n. 13
35137 Padova

mail **contributi.sociale@comune.padova.it**

OGGETTO: Dichiarazione per pagamento del contributo impegnativa di cura Domiciliare

Io sottoscritto …….Cod. Fiscale…….
Residente a …….cap ……...Via …….
Telefono…….
Consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni previste in caso di non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi, ai sensi degli Artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R O

che il/la Sig/ra ……nato/a il……..……..,

beneficiario/a del contributo ICD è deceduto/a in data ……..
e che gli eredi sono le persone sotto elencate che con la loro firma mi hanno delegato alla riscossione del contributo mediante accredito sul c/c a me intestato con IBAN

I	**T**																										

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	FIRMA

Con la presente mi impegno a tenere indenne l'Amministrazione da controversie che dovessero sorgere fra gli eredi in merito al contributo riscosso, riconoscendo all'Amministrazione il diritto di rivalsa per i danni e oneri da essa patiti come conseguenza della lite.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione è resa.
Allego fotocopia dei documenti di identità in corso di validità, mio e degli altri eredi cofirmatari.
In fede

Data_____ Firma _____

Ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 il Comune effettuerà controlli sulla dichiarazione presentata.