

RICHIESTA CONTRIBUTO PER DECESSO FAMILIARE A CARICO DEL DIPENDENTE IN SERVIZIO – MODELLO 5

Cognome		Nome					
Matricola		Nato a		il		Categoria	
Residente a		Via		n			
Telefono ufficio		Cellulare					
@mail ufficio		@regione.calabria.it					
Dipartimento		Sede					

CHIEDE

un contributo per le spese funerarie per decesso familiare a carico
dichiarando sotto la propria responsabilità quanto segue consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445/2000

FAMILIARE DECEDUTO					
Cognome		Nome			
Nato a		Data Nascita		Data Decesso	

che la propria famiglia residente al momento del decesso era così composta

N	Cognome	Nome	Luogo Nascita	Data Nascita	Rapporto Parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

che per tale decesso non è stato ottenuto, né richiesto, né verrà richiesto da parte sua e dei componenti il
nucleo familiare alcun contributo ordinario ad altri Enti o privati con esclusione dell'Ente INPS

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti
saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale
la presente dichiarazione viene resa

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

certificato di morte

fatture delle spese sostenute in originale

copia sottoscritta del proprio documento di identità

data

Firma

AVVERTENZA: Compilare con attenzione il presente modello. Le domande incomplete o prive degli allegati richiesti saranno rigettate.