

**AII'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 3  
VIA G. LAPSAI N. 10 – 61043 CAGLI (PU)**

**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 \_\_\_\_\_ e deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

