



## DICHIARA

di richiedere, per il decesso del de cuius per Covid- 19 nel periodo dal 1/02/2020 al 2/06/2020, la prestazione assistenziale nella qualità di:

- coniuge convivente non legalmente separato
- figlio convivente
- parte dell'unione civile
- convivente di fatto ai sensi dell'art.1 commi 36 e 37 L. 76/2016
- convivente *more uxorio*.

## ALLEGA

- documentazione sanitaria
- certificato di morte dell'iscritto
- certificato storico stato di famiglia da cui risulti la composizione del nucleo familiare dalla data del 1/2/2020
- fotocopia di un documento di riconoscimento valido

**Letta l'informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196/03 ed ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).**

Data ...../...../.....

Firma.....

## CHIEDE

che l'indennizzo sia pagato mediante:

- accredito sul conto corrente **bancario/postale**, intestato a proprio nome, presso:

.....

Agenzia N.....di.....

IBAN.....

Data ...../...../.....

Firma.....