

ALL'ASSESSORATO SANITA
SALUTE E POLITICHE GIOVANILI
VIA DE TILLIER, N.30
11100 AOSTA

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)
Nato/a (luogo e data di nascita)
c.f.
residente in Via/Fraz./Loc. n. civico
(comune) (C.A.P.)

Chiede

che gli/le vengano liquidate le spettanze di cui avrebbe avuto diritto, ai
sensi della l.r. 22/1993, il/la sig/ra (nome e cognome)
.....deceduto/a il

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante l'esistenza degli eredi;
- n. deleghe alla riscossione di quanto richiesto con la presente (una delega per ogni erede escluso il firmatario della presente).

Distinti saluti.

Data

Firma