



La/Il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ (____) il ____/____/____ residente a
_____ (____) CAP _____ in via _____ n. ____
Tipo di documento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data ____/____/____

DICHIARA

che la/il Sig./ra _____
nata/o a _____ (____) il ____/____/____ e residente
alla data del decesso a _____ (____) in via _____ n.
_____ è deceduta/o a _____ il ____/____/____

e di essere erede in quanto:

- legittimo ai sensi dell'art. 565 C.C. (se manca in tutto o in parte il testamento)
(specificare il grado di parentela)¹ _____;
- testamentario con testamento pubblico olografo pubblicato e registrato il
____/____/____, notaio _____ (n. repertorio e raccolta)
_____.

DICHIARA ALTRESÌ

- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.;
- di sapere che l'Azienda USL di Bologna si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

Luogo, data _____

Firma (leggibile) del dichiarante

(Si allega alla presente dichiarazione fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante. Il documento non va trasmesso se la richiesta è sottoscritta con firma digitale o con altro tipo di firma elettronica qualificata o con firma elettronica avanzata e se inoltrata dal domicilio digitale (PEC-ID). Il documento va trasmesso se la richiesta è inoltrata con PEC.)

¹Congiuge, discendenti, ascendenti, collaterali, altri parenti sino al sesto grado.