DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
Artt. 47 DPR 28.12.2000 n. 445

Resa con riferimento all'art. 50, comma 2, DPR n. 686/1957

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, residente in _____ via _____ c.a.p.

_____ tel. ufficio _____, codice fiscale _____

consapevole:

- che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- che in caso di dichiarazioni mendaci, oltre alla decadenza dal beneficio dell'equo indennizzo, si è puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

DICHIARA, ai fini della concessione dell'equo indennizzo:

□ di non avere percepito da istituti di assicurazione i cui premi sono a carico di Amministrazioni pubbliche, altro indennizzo per la stessa infermità quivi riconosciuta come dipendente da causa di servizio né di avere in corso presso detti istituti alcun procedimento in tal senso;

□ di avere percepito
- dall' INAIL
- dall'Istituto di assicurazione_____

i cui premi sono a carico di Amministrazione pubblica, l'importo di € _____ quale
- o indennizzo
- o rendita

per la stessa infermità per la quale è stata richiesta la dipendenza da causa di servizio;

e CHIEDE:

- che l'eventuale importo spettante, quale equo indennizzo, Gli/Le venga accreditato nel seguente conto corrente:

IBAN:

□□□□ | □ | □□□□□ | □□□□□ | □□□□□□□□□□□□

CIN INTERNAZ. CIN ABI CAB N. CONTO CORRENTE

Intrattenuto presso: _____
indicare l'Istituto di credito

filiale di: _____
indicare la sede (comune e CAP)

_____ _____
(luogo e data) (firma per esteso *)

(*) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.