

Inoltare

**Entro il termine perentorio del
31 dicembre 2020**

**DOMANDA DI ASSISTENZA PER PRESTAZIONE STRAORDINARIA
CONSEQUENTE AD EMERGENZA COVID - 19
IN FAVORE DI SUPERSTITI DELL'ISCRITTO**

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a aProv.....il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

con residenza in Via.....al civico n

Città..... Prov.....C.A.P|_|_|_|_|

tel..... celle-mail.....

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

COMUNICA

che l'Avv.....iscritto all'Albo di.....

nato/ail |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

è deceduto/a per Covid-19 il |_|_|/ |_|_| / |_|_|_|_|

CHIEDE

L'erogazione del contributo straordinario conseguente ad emergenza Covid-19 deliberato dal Consiglio di Amministrazione nelle riunioni del 28/05/2020 e del 4/06/2020

D I C H I A R A

di richiedere per il periodo dal 1/02/2020 al 31/12/2020 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*.

A L L E G A

- 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.....

C H I E D E

che l'indennizzo sia pagato mediante:

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

.....

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

IBAN.....

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

Firma.....