



**D I C H I A R A**

di richiedere per il periodo dal 1/11/2020 al 30/04/2021 la prestazione assistenziale:

- per decesso dell'iscritto avvenuto dal 1/11/2020 al 31/01/2021
- per decesso dell'iscritto avvenuto dal 1°/2/2021 al 30/04/2021 non avendo titolo a godere della copertura assicurativa caso morte garantita da Cassa Forense, tramite EMAPI (iscritti ultra 75enni alla data del 1/02/2021)

**A L L E G A**

- documentazione sanitaria da cui si evinca che l'iscritto abbia contratto il Covid-19 dal 1/11/2020 al 30/04/2021 e che sia deceduto a causa di tale patologia
- certificato storico di stato di famiglia da cui risulti la composizione del nucleo familiare alla data del 1/11/2020
- certificato di morte dell'iscritto
- 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.....