*Opere Sociali Servizi*
*Società per Azioni*

RICHIESTA DI RIMBORSO EREDI

Il/la Sottoscritto/a Sig./Sig.ra_____nato/a il_____a_____ C.F.:

residente in_____Via_____n._____ **dichiara**

di essere erede del Sig. (*nome*)_____(*cognome*), _____C.F. _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci,

**e richiede**

il rimborso di quanto ad esso spettante come da Dichiarazione di Atto Notorio allegata alla presente dichiarazione, mediante (*barrare la modalità gradita*):

BONIFICO O ASSEGNO BANCARIO

anche nell'interesse degli altri coeredi al/i seguente/i conto/i corrente/i:

- Nome_____Cognome_____IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Nome_____Cognome_____IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Nome_____Cognome_____IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Nome_____Cognome_____IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Nome_____Cognome_____IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Luogo e data: _____

Il richiedente (*firma chiara e leggibile*)

Allegati: Atto notorio e copia documento di identità valido

*Sede legale Via Paleocapa n° 4/3 C SAVONA*
*Telefono 019 8489849 - Fax 019 8160893*
*Iscrizione nel Registro Imprese di Savona,*
*Codice Fiscale e Partita IVA: n° 01479280099*
Capitale sociale sottoscritto Euro 490.000,00