

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' PER USO SUCCESSIONE**  
**(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

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. 445/2000 e che l'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso

**DICHIARA**

Che il/la sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in vita a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Di stato civile \_\_\_\_\_  
è deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

senza lasciare disposizioni di ultime volontà conosciute; pertanto gli unici eredi legittimi sono:

***oppure***

che il medesimo dispose delle sue sostanze mediante testamento pubblicato con verbale a rogito

Notaio \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
rep. \_\_\_\_\_ raccolta N. \_\_\_\_\_ registrato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
al N. \_\_\_\_\_ serie \_\_\_\_\_ con il quale ha nominato suoi eredi i Signori:

*La tabella va compilata in entrambe i casi*

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	COMUNE E INDIRIZZO RESIDENZA	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA CON DEFUNTO
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				

9)				
10)				

Che detto testamento è l'ultimo conosciuto e formalmente valido e non impugnato;

**INOLTRE DICHIARA CHE:**

Tutti gli aventi diritto sono maggiori d'età ed hanno piena capacità di agire

**oppure**

L'erede/i riportati nella tabella di seguito non ha/hanno piena capacità di agire:

EREDE N. (vedi tabella pagina iniziale)	INCAPACE IN QUANTO (inserire se MINORE o INTERDETTO)	COGNOME E NOME RAPPRESENTANTE	TITOLO RAPPRESENTANTE (genitore, tutore, curatore, amm.re di sostegno)	NUMERO PROV.V.TO NOMINA*	DATA PROV.V.TO NOMINA *	TRIBUNALE DI

(\*) Compilare in presenza di tutore, curatore, amministratore di sostegno

L'/gli avente/i diritto non è/sono incorsi in cause di indegnità a succedere

**oppure**

che l'/gli erede/i riportati nella tabella di seguito sono stati dichiarati indegni a succedere e che non esiste provvedimento di riabilitazione:

EREDE N. (vedi tabella pagina iniziale)	AUTORITA' GIUDIZIARIA (indicare Organo giudiziario che ha emesso provvedimento)	NUMERO PROVVEDIMENTO	DATA PROVVEDIMENTO

L'/gli erede/i rinunciante/i all'eredità è/sono:

COGNOME E NOME RINUNCIANTE	NUMERO ATTO DI RINUNCIA	DATA ATTO	NOME E COGNOME SUBENTRANTE	TITOLO SUBENTRO *

(\*) Indicare se il subentro per accrescimento o per rappresentazione (es. ACCRESCIMENTO se la quota del rinunciante accresce quella degli altri coeredi, RAPPRESENTAZIONE se la quota del rinunciante viene trasmessa a favore dei discendenti del chiamato)

non esistono altre persone oltre a quelle indicate nell'atto che possano vantare quote di legittima o riserva o altre ragioni sull'eredità del de cuius, a qualunque titolo;

tra il de cuius ed il coniuge superstite (inserire nome e cognome) \_\_\_\_\_ non/è stata pronunciata sentenza di separazione personale o di divorzio passata in giudicato;

in caso di separazione personale, indicare di seguito se ed a quale dei due coniugi è stata addebitata: (nome e cognome coniuge a cui è stata addebitata la separazione)

\_\_\_\_\_

Eventuali altre annotazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cavallermaggiore, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_

-----  
**COMUNE DI CAVALLERMAGGIORE (CN)**

Il/La sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 21 comma 2 del DPR 28.12.2000 n. 445, ATTESTA

l'autenticità della firma apposta in sua presenza

dal/dalla dichiarante \_\_\_\_\_

identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_

Diritti 0,52

Comune Di Cavallermaggiore, \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO INCARICATO

\_\_\_\_\_