

ALL'ASSESSORATO SANITA
SALUTE E POLITICHE GIOVANILI
VIA DE TILLIER, N.30
11100 AOSTA

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

nato/a (luogo e data di nascita)

c.f.

residente in Via/Fraz./Loc. n. civico

(comune) (C.A.P.)

Chiede

che la quota relativa all'intervento economico assistenziale spettante a se

stesso/a quale erede del/la sig/sig.ra

deceduto/a il

sia liquidata al Sig/Sig.ra (nome e cognome)

..... nato/a (luogo e data di nascita)

c.f.

residente in Via/Fraz./Loc. n. civico

(comune) (C.A.P.)

Distinti saluti.

Data

Firma