

IO SOTTOSCRITTO/A

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale Telefono

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP **DICHIARO**

di essere titolare di quota parte dell'eredità nella misura del _____ % e di avere la seguente relazione di parentela con il pensionato:

Firma erede**IO SOTTOSCRITTO/A**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale Telefono

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP **DICHIARO**

di essere titolare di quota parte dell'eredità nella misura del _____ % e di avere la seguente relazione di parentela con il pensionato:

Firma erede**IO SOTTOSCRITTO/A**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale Telefono

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP **DICHIARO**

di essere titolare di quota parte dell'eredità nella misura del _____ % e di avere la seguente relazione di parentela con il pensionato:

Firma erede

DICHIARO INOLTRE:

che oltre ai suddetti coeredi non esistono altri aventi diritto alla successione.

A tal fine,

CHIEDO

che i ratei di pensione non riscossi vengano corrisposti mediante *(contrassegnare l'ipotesi scelta)*:

pagamento congiunto, intestato al solo seguente erede delegato
(Allegare delega degli altri eredi aventi diritto, con firma autenticata dalle autorità competenti)

Cognome Nome

Codice Fiscale

OVVERO

pagamento disgiunto, intestato ad ogni singolo erede.
(In tal caso ogni singolo erede dovrà trasmettere il modulo relativo alle "Modalità di pagamento ratei di pensione maturati e non riscossi", come riportato alla pagina seguente).

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo 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 (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

Allego copia (*fronte e retro*) di un documento di identità in corso di validità.



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma

DIREZIONE PREVIDENZA - AREA PRESTAZIONI

Data

DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEI RATEI DI PENSIONE MATURATI E NON RISCOSSI

IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome Nome

Nato/a il: a: Prov.

DELEGO

La persona sottoindicata a riscuotere a mio nome e vece quanto dovuto a titolo di ratei di pensione maturati e non riscossi, esonerando la Cassa e l'Ufficio pagatore da ogni responsabilità al riguardo.

DATI DEL DELEGATO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale Telefono

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

Firma

Spazio riservato all'autentica della firma

Alla autentica della firma possono provvedere: il notaio, il cancelliere, il segretario comunale o altro funzionario incaricato dal Sindaco; per i residenti all'estero l'Autorità consolare italiana.