

**Al Punto Cliente di Servizio**

**INPS**

Servizi socio assistenziali

Comune di Biandrate

Fax 0321 838219

Mail: [amministrazione@comune.biandrate.no.it](mailto:amministrazione@comune.biandrate.no.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice Fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 - consapevole delle sanzioni penali e dalle leggi speciali in materia in caso di dichiarazioni mendaci –

**dichiara**

di essere erede di \_\_\_\_\_ per legge/per testamento

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

deceduto/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Chiede di accedere al punto Cliente di Servizio INPS e richiede:

- Estratto contributivo
- Pagamenti prestazioni
- Domus
- Duplicato Cud (Certificaizone Unica)
- Duplicato ObisM

del/la defunto/a sopraindicato/a  
ad uso \_\_\_\_\_

A tal fine:

●delega la sig.ra Carla Perotto in qualità di responsabile dei servizi socio assistenziali – soggetto delegato dal Comune alla gestione operativa delle autorizzazioni di accesso al sistema “Punto Cliente Inps” ad accedere ai dati personali del/la defunto/a

●autorizza il trattamento dei dati personali di cui alla presente richiesta ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e per le finalità connesse al procedimento per il quale la presente viene resa.

Biandrate, \_\_\_\_\_

Il Richiedente

Allega:

fotocopia documento d'identità in corso di validità

codice fiscale defunto/a

certificato di pensione

**Comune di Biandrate**

Ufficio servizi socio assistenziali

In data \_\_\_\_\_ si è provveduto a consegnare al/la sig./ra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ la certificazione richiesta.

Il responsabile dei servizi socio assistenziali  
Carla Perotto

Firma per ricevuta

\_\_\_\_\_