All’Agenzia delle Entrate

Direzione Regionale delle Marche

Settore Servizi

Ufficio Servizi fiscali

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

**Con questo modello il Contribuente può presentare una dichiarazione sostitutiva di certificazione, stati, qualità personali e fatti che lo riguardano o dei quali abbia diretta conoscenza (artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000).**

**Dati del dichiarante**

# Io sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| ***Cognome e Nome*** |  |
| ***Codice fiscale*** |  |
| ***Data di nascita*** |  |
| ***Comune (e relativa provincia) o Stato estero di nascita*** |  |

consapevole delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell’art. 76 del Testo unico in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. n. 445/2000), in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, a seguito dei controlli che il competente ufficio si riserva di attivare in forza dell’articolo 43 del D.P.R. n. 445/2000,

# dichiaro

*(è necessario compilare le Sezioni A-B-C)*

# ……………………………………………………………………………………………………..

**Sezione A**

che il/la Signor/a (*inserire i dati del de cuius)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Cognome e Nome*** |  |
| ***Codice fiscale*** |  |
| ***Data di nascita*** |  |
| ***Comune (e relativa Provincia) o Stato estero di nascita*** |  |

è

# Deceduto

|  |  |
| --- | --- |
| Data del decesso |  |
| Provincia di ultima residenza |  |
| Comune di ultima residenza |  |

* **È stata dichiarata l’assenza o la morte presunta con sentenza**

|  |  |
| --- | --- |
| Tribunale |  |
| Depositata in cancelleria |  |
| Data di deposito |  |
| Nr sentenza |  |

# …………………………………………………………………………………………………..

# Sezione B

* + di essere erede del *de cuius*
	+ di non essere soggetto incapace o per i quali vi sono cause di indegnità a succedere ex art. 463 c.c
	+ che la devoluzione dell’eredità del *de cuius* sopra individuato avviene:
* Per legge

Specificare il rapporto con il *de cuius* (artt. 565, ss c.c.)

Al riguardo dichiaro che l’albero genealogico è così formato (*indicare nome, cognome, luogo e data di nascita dei soggetti beneficiari legati al defunto da vincoli di parentela/affinità – inserire anche gli eventuali rinunciatari*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e cognome | Luogo e data di nascita | Rapporto con il *de cuius* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Per testamento

Verbale di pubblicazione registrato

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Serie | Nr. | Data | Ufficio |
|  |  |  |  |

# ……………………………………………………………………………………………………..

**Sezione C**

* di voler ricevere i dati relativi al *de cuius* al seguente indirizzo PEC

*(In assenza di compilazione della sezione i dati verranno inoltrati tramite A/R all’indirizzo del domicilio fiscale presente in Anagrafe tributaria).*

Dichiaro altresì di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data Firma

***In caso di firma autografa allegare copia del documento di identità e apporre la firma su ogni foglio.***