

Domanda presentata il :

_____ Prot. _____ /A COOP. _____ C.O. _____ / _____

SUSSUDIO PER MORTE CONSEGUENTE A MALATTIA

Il sottoscritto _____ nato il ____/____/____

C.F. _____ Residente _____ Cap _____

Via _____ n° _____ tel _____

FA DOMANDA

onde ottenere il sussidio per morte conseguente a malattia di:

_____ nato il ____/____/____

decesso avvenuto il ____/____/____ in _____

Grado di parentela del richiedente _____

Il richiedente

_____ li _____

RISERVATO ALLA COOPERATIVA

La sottoscritta Cooperativa a richiesta del Sig. _____

DICHIARA

che il N/s dipendente _____ nato il ____/____/____

Al momento del decesso era in forza con la seguente situazione:

Qualifica _____ Figli a carico n° _____

P/la Cooperativa

_____ li _____

Documentazione da allegare alla domanda: certificato di morte; certificato di stato di famiglia al momento del decesso; atto sostitutivo notorio comprovante gli eredi e, in caso di eredi minori, atto liberatorio del giudice tutelare. . Fotocopia della dichiarazione spettanza detrazioni sottoscritta dall'operaio (in caso di richiesta di integrazione).