

AUTOCERTIFICAZIONE

IO SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A IL ____/____/____ A _____

ABITANTE IN _____

C.A.P. _____ CITTÀ _____ PR. _____

AVVALENDOMI DELLE DISPOSIZIONI DI CUI ALL'ART. 2 DELLA LEGGE 04/01/1968 N. 15, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E FALSITA' NEGLI ATTI

DICHIARO

che il Sig/la Sig.ra _____

deceduto/a il _____ a _____

era _____ (indicare il tipo di parentela).

Il funerale si è svolto a _____ PR _____

Aosta, ____/____/____

Firma

Si esprime inoltre il consenso, ai sensi del D.L. 196 del 30.06.2003, art.23 e art.26:

- al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che lo riguardano;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti previsti.

Rimane fermo che tale consenso e' condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

RIMBORSO PERMESSO FUNERARIO

L'impresa sottoscritta _____

COMUNICA CHE

il lavoratore _____

nato il ____/____/____ a _____

indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

dipendente dal ____/____/____ con livello ____

è rimasto assente dal lavoro nei giorni _____

per il decesso di _____

Timbro e Firma dell'Impresa

Data ____/____/____ _____

Note: il presente modulo deve essere accompagnato dal certificato di morte del defunto (è valida anche la fotocopia) e dall'autocertificazione del tipo di parentela.

Si esprime inoltre il consenso, ai sensi del D.L. 196 del 30.06.2003, art.23 e art.26:

- al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che lo riguardano;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti previsti.

Rimane fermo che tale consenso e' condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.