



d) che al momento del decesso erano a carico del/della Dott./Dott.ssa i seguenti figli:

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale											

**Ciascun figlio maggiorenne deve sottoscrivere le dichiarazioni contenute nel modulo predisposto dall'EPAP (mod/quota)**

f) che:

- non è stata pronunciata sentenza di separazione tra i coniugi,
- è stata pronunciata sentenza di separazione tra i coniugi (allega copia sentenza);

g) che:

- non è stato pronunciato lo scioglimento dal matrimonio o la cessazione, per qualsiasi causa, dei suoi effetti civili,
- è stato pronunciato lo scioglimento dal matrimonio o la cessazione, per qualsiasi causa, dei suoi effetti civili;

h) che:

- il coniuge non ha contratto nuove nozze

i) che il/la *de cuius*:

- non godeva di altri trattamenti di pensione,
- godeva di pensione della seguente natura <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

a carico di <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_

**Letta l'informativa ex art. 10 legge n. 675/96, il/la sottoscritto/a rende 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 (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000)**

Allega ai fini dell'identificazione personale la fotocopia di:

(tipo documento) .....

(numero) ....., (date di rilascio e scadenza) .....

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

.....

(luogo e data)

.....

(firma del dichiarante)

<sup>(1)</sup> pensione di vecchiaia, di anzianità, di inabilità, di invalidità, reversibilità, etc.

<sup>(2)</sup> indicare anche le eventuali prestazioni erogate dall'EPAP