

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 ⁽¹⁾ _____
- a carico di ⁽²⁾ _____ 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 una fotocopia di:

(tipo documento)

(numero), (date di rilascio e scadenza)

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

.....
(luogo e data)

.....
(firma del dichiarante)

⁽¹⁾ pensione di vecchiaia, di anzianità, di inabilità, di invalidità, reversibilità, etc.

⁽²⁾ indicare anche le eventuali prestazioni erogate dall'EPAP