

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**PER LA SUCCESSIONE (posteitaliane)** [barrare le voci appropriate]

MARCA BOLLO

€ 16.00

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale richiamata dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per il caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R.; sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
stato civile \_\_\_\_\_ con domicilio/residenza alla data del decesso in \_\_\_\_\_,  
cittadino italiano, è deceduto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

senza aver disposto delle proprie sostanze con testamento;

avendo disposto delle proprie sostanze con testamento \_\_\_\_\_ pubblicato e registrato  
il \_\_\_\_\_

a rogito del notaio \_\_\_\_\_; che il testamento è l'ultimo, valido, non  
impugnato e senza opposizioni; che l'esecutore testamentario è \_\_\_\_\_ come da atto \_\_\_\_\_  
e che gli eredi

legittimi;   testamentari sono:

(indicare per ognuno, nome, cognome, luogo e data di nascita, nazionalità, residenza ed il legame di parentela  
con il de cuius):

che quindi i beneficiari dei:

N.	COGNOME	NOME	LUOGO NASCITA	DATA NASC.	CITT.	PARENTI	RESIDENZA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

che tutti gli eredi sopra citati hanno la piena capacità d'agire e la piena capacità giuridica;

che l'erede \_\_\_\_\_ non ha piena capacità d'agire/giuridica, poiché \_\_\_\_\_;

che non esistono altre persone, oltre a quelle indicate nell'atto, che possano vantare diritti a quote di  
legittima o latre ragioni sull'eredità;

dichiarazione di provvedimento dell'Autorità Giudiziaria del provvedimento di Amministratore di  
Sostegno relativo all'erede \_\_\_\_\_

nessun erede è incorso in cause di indegnità a succedere;

l'erede \_\_\_\_\_ è stato/a dichiarato/a indegno con provvedimento dell'Autorità  
Giudiziaria di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e in assenza di riabilitazione;

che la sig.ra/il sig \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ rapporto parentela \_\_\_\_\_

può vantare diritti a quote di legittima ma allo stato attuale non ha agito in azione di riduzione;

che fra i coniugi non è stata pronunciata separazione con addebito o sentenza di divorzio passata in  
giudicato;

l'erede \_\_\_\_\_ rinuncia all'eredità: atto di rinuncia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e subentra  
\_\_\_\_\_;

note eventuali \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_

**COMUNE DI Calci (Pisa) – Servizi Demografici  
AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ – Istruttore Amministrativo, funzionario incaricato dal Sindaco, previa  
identificazione effettuata a mezzo di \_\_\_\_\_,

ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. n. 445/2000, dichiaro autentica la firma apposta sulla su estesa dichiarazione dal/la

Sig./ra \_\_\_\_\_, sopra generalizzata, resa e sottoscritta in mia presenza.

*CALCI,*

IL FUNZIONARIO INCARICATO