

Al Ministero dell'Interno
Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione
Direzione Centrale per i Diritti Civili, la Cittadinanza e le Minoranze
Ufficio I - Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
ROMA
vittimecriminipolitici@pecdci.interno.it

MODULO DOMANDA

Superstiti di vittime civili decedute a causa di atti criminosi di matrice politica commessi ai danni di cittadini italiani compiuti sul territorio nazionale dal 1° gennaio 1970 al 31 dicembre 1979.

Istanza di concessione dell'elargizione prevista dall'**art. 1, commi 915-921**, della **legge 30 dicembre 2025 n. 199** con contestuali dichiarazioni sostitutive di certificazioni ai sensi degli **art. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000** come modificato dalla **legge 12 novembre 2011, n. 183**.

L sottoscritt_ (*cognome*) _____
(*nome*) _____
nat_ il ____/____/____ a (*comune*) _____
(*provincia di*) _____

Codice Fiscale _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

CHIEDE

La concessione dell'elargizione prevista dall'art. 1, commi 915-921, della legge 30 dicembre 2025 n. 199

DICHIARA

di essere residente a (*comune*) _____
(*provincia di*) _____
via/piazza _____ n. _____ cap. _____

telef. _____ cell. _____

e-mail _____

pec _____

di essere:

☐ coniuge

☐ figlio/a ☐ a carico alla data dell'evento
 ☐ non a carico alla data dell'evento

☐ padre

☐ madre

☐ fratello ☐ a carico alla data dell'evento
 ☐ non a carico alla data dell'evento
 ☐ convivente alla data dell'evento
 ☐ non convivente alla data dell'evento

☐ sorella ☐ a carico alla data dell'evento
 ☐ non a carico alla data dell'evento
 ☐ convivente alla data dell'evento
 ☐ non convivente alla data dell'evento

☐ soggetto non parente né affine né legato da rapporto di coniugio convivente a carico della persona deceduta negli ultimi tre anni precedenti l'evento

☐ convivente more uxorio

di (cognome) _____

(nome) _____

decedut__ a seguito dell'evento di matrice politica verificatosi il ____/____/____

a (comune) _____ (provincia di) _____

che la vittima era nat__ il ____/____/____

a (comune) _____ (provincia di) _____

☐ che _l_ sottoscritt_ era coniugat_ con la vittima dal ____/____/____

☐ che la famiglia della vittima, all'epoca dell'evento, era così composta:

☐ che **non esiste** per il coniuge superstite, alla data dell'evento della presente richiesta, un'eventuale pronuncia di annullamento del matrimonio, di divorzio o di separazione con addebito

☐ che **esiste** per il coniuge superstite, alla data dell'evento della presente richiesta, un'eventuale pronuncia di annullamento del matrimonio, di divorzio o di separazione con addebito

☐ che **non esiste** nuovo matrimonio contratto successivamente alla data dell'evento della presente richiesta

☐ che **esiste** nuovo matrimonio contratto successivamente alla data dell'evento della presente richiesta

☐ **che non ci sono**, oltre quelli indicati, altri figli della vittima

☐ **che ci sono**, oltre quelli indicati, altri figli della vittima

☐ **che ha percepito** altri benefici pubblici per il medesimo evento
(specificarne la natura, l'ente erogante e l'importo)

Natura_____

Ente erogante_____

Importo_____

Tipologia importo_____

☐ **che non ha percepito** altri benefici pubblici per il medesimo evento

- ☐ che si impegna a comunicare tempestivamente ogni altro eventuale beneficio pubblico ricevuto per il medesimo evento.

Di essere a conoscenza che in caso di concorso di benefici pubblici non cumulabili è richiesta esplicita e irrevocabile opzione e, conseguentemente, formula fin da ora espressa rinuncia a ogni altra provvidenza pubblica incompatibile conferibile in ragione delle medesime circostanze (art. 13, comma 3, della legge n. 302/1990 e art. 4, comma 2, del d.P.R. n. 510/1999)

DATI ESTREMI BANCARI *

*Il conto corrente deve essere intestato al richiedente

Cognome intestatario_____

Nome intestatario_____

Avente IBAN_____

Presso l'istituto (banca o posta)_____

Agenzia_____

- ☐ che si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione degli estremi bancari suindicati

ALLEGATI

- ☐ Documento di identità
- ☐ Procura
- ☐ Ulteriori documenti _____

DATI PRIVACY

- ☐ Il/la sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare eventuale variazione dei dati sopra dichiarati
- ☐ Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

data

FIRMA

DATI EVENTUALE TUTORE/CURATORE/PROCURATORE/AVVOCATO

Cognome _____ Nome _____

nat_ il ____/____/____ a (*comune*) _____
(*provincia di*) _____

Codice fiscale _____

Con studio a (*comune*) _____
(*provincia di*) _____

Via/piazza _____ n. _____ cap. _____

Telefono _____

E-mail _____

Pec _____

data

FIRMA