

ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE PER LE MIGRAZIONI (OIM)

MODULO DI DOMANDA DI INDENNIZZO PER RIDUZIONE IN SCHIAVITU', LAVORO FORZATO, DANNI ALLA SALUTE O MORTE DI UN FIGLIO



Vogliate leggere attentamente le istruzioni allegate prima di iniziare. Questo **modulo di domanda OIM** è per i richiedenti che **non sono ebrei** e che **non vivono** in uno dei seguenti paesi: la Repubblica Ceca, Polonia, la Federazione Russa o un paese che era una repubblica dell'ex Unione Sovietica. Battete a macchina o scrivete chiaramente in stampatello tutte le informazioni richieste con inchiostro nero o blu. Allegate le fotocopie dei documenti richiesti, non gli originali. Vogliate presentare all'OIM un originale e una copia del modulo di domanda e due copie di tutti i documenti allegati.

INFORMAZIONI PERSONALI DEL RICHIEDENTE

1. Cognome del richiedente		2. Nome del richiedente	
3. Cognome da nubile della richiedente, se attinente		4. Sesso Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	
5. Cittadinanza attuale	6. Cittadinanza alla nascita	7. Origine etnica	

Altri nomi usati dal richiedente durante il periodo nazista, se attinente

8. Cognome		9. Nome	
10. Data(e) di nascita Indicate la data usata durante il periodo nazista		11. Città di nascita come nota a quel tempo	
Anno	Mese	Giorno	12. Stato di nascita come noto a quel tempo

Residenza permanente

13. Indirizzo (via, numero civico, interno)		14. Comune	
15. Provincia	16. Stato	17. Codice di avviamento postale	
18. Telefono abitazione		19. Indirizzo di posta elettronica (E-mail)	
20. Indicate il Vostro Stato di residenza al 16 Febbraio 1999, se diverso dallo Stato al numero 16			

Indirizzo postale, se diverso dalla residenza permanente

21. Indirizzo (via, numero civico, interno)		22. Comune	
23. Provincia	24. Stato	25. Codice di avviamento postale	
26. Telefono abitazione		27. Indirizzo di posta elettronica (E-mail)	
28. Inoltrate una domanda per una persona, ridotta in condizione di schiavitù, sottoposta a lavoro forzato, vittima di danni alla salute o che ha perso un figlio, che è deceduta il o dopo il 16 febbraio 1999 ? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
29. Se "Sì", qual è il grado di parentela/vincolo Con la persona deceduta?		<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> figlio
		<input type="checkbox"/> nipote	<input type="checkbox"/> discendente <input type="checkbox"/> erede in un testamento
29. Se "Sì", allegate una prova del grado di parentela/vincolo con la persona deceduta presentando una copia del certificato di matrimonio, certificato di nascita, stato di famiglia, testamento, ecc.? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

31. Siete stato (Lei o la persona deceduta) un prigioniero di guerra (POW) nel 1939-45? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
32. Se "Sì", riempite il modulo soltanto se voi (o il deceduto) siete stato inviato in un campo di concentramento o avete perso lo status di prigioniero di guerra (POW)	Prigioniero di guerra (POW) Data di rilascio		
	Anno	Mese	Giorno

Nome del richiedente



INFORMAZIONI SULLA PERSONA DECEDUTA

Compilate questa pagina soltanto se inoltrate la domanda per una persona deceduta il o dopo il 16 febbraio 1999. Se siete il diretto interessato, andate alla pagina seguente.

33. Cognome del deceduto	34. Nome del deceduto
35. Cognome da nubile della deceduta, se attinente	36. Sesso del deceduto Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
37. Cittadinanza del deceduto alla nascita	38. Origine etnica

Altri nomi usati dal deceduto durante il periodo nazista

39. Cognome del deceduto	40. Nomi del deceduto

41. Data(e) di nascita del deceduto Indicate la data usata durante il periodo nazista	43. Città di nascita del deceduto come noto a quel tempo									
<table border="1"><tr><td>Anno</td><td>Mese</td><td>Giorno</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Anno	Mese	Giorno							44. Stato di nascita del deceduto come noto a quel tempo
Anno	Mese	Giorno								
42. Data di morte	45. Stato dove è avvenuto il decesso									
<table border="1"><tr><td>Anno</td><td>Mese</td><td>Giorno</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Anno	Mese	Giorno							
Anno	Mese	Giorno								

46. Dovete allegare una copia del certificato di morte. Ne ha allegato una copia?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<i>Per uso OIM</i> Lasciare in bianco Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
--	---	--

INFORMAZIONI SUGLI ALTRI AVENTI DIRITTO DIVERSI DAL RICHIEDENTE CHE PRESENTANO DOMANDA PER IL DECEDUTO

Ogni persona deve presentare la prova dei vincoli con il deceduto fornendo copia del certificato di matrimonio, certificato di nascita, stato di famiglia, testamento, ecc. Se serve più spazio, vogliate allegare dei fogli supplementari.

	Seconda persona richiedente (diversa dal richiedente)	Terza persona richiedente (diversa dal richiedente)	Quarta persona richiedente (diversa dal richiedente)
47. Cognome			
48. Nome			
49. Indirizzo (via, numero civico interno)			
50. Comune			
51. Provincia			
52. Stato			
53. Codice di avviamento Postale			
54. Vincoli con il deceduto	<input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> nipote <input type="checkbox"/> discendente <input type="checkbox"/> erede nel testamento	<input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> nipote <input type="checkbox"/> discendente <input type="checkbox"/> erede nel testamento	<input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> nipote <input type="checkbox"/> discendente <input type="checkbox"/> erede nel testamento
55. Viene allegata la prova dei vincoli con il deceduto?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Nome del richiedente

LAVORO IN CONDIZIONE DI SCHIAVITU'

Compilate questa pagina soltanto se voi o la persona deceduta per la quale inoltrate una domanda, siete stato detenuto in un campo di concentramento, ghetto o un altro posto di reclusione in condizioni paragonabili e abbiate lavorato in condizioni di schiavitù. Per condizioni paragonabili si intendono condizioni disumane di prigionia, alimentazione insufficiente e mancanza di cure mediche. Altrimenti vogliate andare alla pagina seguente.

56. Indicate il tipo di posto(i) dove voi (o il deceduto) siete stato detenuto		
<input type="checkbox"/> Campo di concentramento	<input type="checkbox"/> Ghetto	<input type="checkbox"/> Altro posto di reclusione

Indicate il nome del(i) posto(i) dove voi (o il deceduto) siete stato detenuto e indicate per quali periodi di tempo

57. Campo di concentramento	58. Da		59. A	
	Anno	Mese	Anno	Mese
a.				
b.				

60. Ghetto	61. Da		62. A	
	Anno	Mese	Anno	Mese
a.				
b.				

63. Altro posto di reclusione	64. Da		65. A	
	Anno	Mese	Anno	Mese
a.				
b.				

66. Indicate il nome della(le) impresa(e) per cui voi (o il deceduto) avete svolto lavoro in condizione di schiavitù, se noto			
a.	c.		
b.	d.		

Indicate quali documenti fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM Lasciare in bianco</i>	67. Documento (fotocopie soltanto)	68. Numero del documento
a. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato di liberazione	
b. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Documento di rimpatrio	
c. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tessera di persone deportate	
d. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atto di prigionia (<i>Personalakte</i>)	
e. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Risultato delle ricerche dell'International Tracing Service (<i>Internationaler Suchdienst, Bad Arolsen</i>)	
f. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)	

Nome del richiedente

LAVORO FORZATO

Compilate questa pagina soltanto se voi, o la persona deceduta per la quale inoltrate una domanda, siete stato deportato in Germania o in una zona occupata dalla Germania, siete stato assoggettato a lavoro forzato e siete stato detenuto in condizioni di vita estremamente dure. Altrimenti vogliate andare alla pagina seguente.

Da dove siete stato (o il Deceduto) deportato	69. Città/villaggio, deportato da	70. Stato deportato da	
Dove siete stato (o il deceduto) deportato	71. Città/villaggio, deportato a	72. Stato deportato a	
73. Data di deportazione		74. Data di liberazione	
Anno	Mese	Anno	Mese
75. Avete svolto lavoro forzato per una impresa o per un ente pubblico?			Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
76. Avete svolto lavoro forzato in agricoltura?			Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
77. Siete stato detenuto in un qualsiasi momento in un campo di educazione al lavoro (<i>Arbeitserziehungslager</i>)?			Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
78. Vi si permetteva occasionalmente (per esempio la domenica) di muovervi nel villaggio o nella città dove eravate detenuto?			Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
79. Siete stato tenuto sotto custodia e sottoposto a continue perquisizioni e controlli da parte di guardie o della polizia durante e al di fuori delle ore lavorative?			Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Compilate le voci 80-81, se avete svolto lavoro forzato per un' **impresa o nel settore pubblico**

80. Indicate il nome dell'impresa(e) o dell'ente (i) pubblico(i) per cui voi (o il deceduto) avete svolto lavoro forzato	
a.	b.
81. Indicate il nome del campo di educazione al lavoro (<i>Arbeitserziehungslager</i>) o del(i) campo(i) di lavoro forzato o altro(i) posto(i) dove voi (o il deceduto) siete stato detenuto	
a.	b.

Compilate la voce 82, se avete svolto lavoro forzato in **agricoltura**

82. Indicate il nome della persona o dell'ente per cui voi (o il deceduto) avete svolto lavoro forzato in agricoltura, se noto	
a.	b.

Indicate quali documenti fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM Lasciare in bianco</i>	83. Documento (fotocopie soltanto)	84. Numero del documento
a. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Libretto lavoro per stranieri (<i>Arbeitsbuch für Ausländer</i>)	
b. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tessera di lavoro (<i>Arbeitskarte</i>)	
c. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato di lavoro rilasciato dall'impresa (<i>Arbeitbescheinigung</i>)	
d. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrazione presso l'Ufficio di collocamento (<i>Arbeitsamt</i>)	
e. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tessera di deportazione o attestazione	
f. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atto di prigionia (<i>Personalakte</i>)	
g. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato di fine servizio (<i>Entlassungsschein</i>)	
h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Documento di rimpatrio	
i. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Carta per gli sfollati	
j. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Risultato delle ricerche dell'International Tracing Service (<i>Internationaler Suchdienst, Bad Arolsen</i>)	
k. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Passaporto per stranieri (<i>Fremdenpass</i>)	
l. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (<i>vogliate specificare</i>)	

Nome del richiedente

Compilate questa pagina soltanto se inoltrate una domanda di indennizzo per danni alla salute o per la morte di un figlio. Altrimenti vogliate andare alla pagina seguente.

DANNI ALLA SALUTE – Esperimenti medici

85. Siete stato (o il deceduto) sottoposto ad esperimenti medici sotto il regime nazista? Se no, andare al numero 88.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
86. Indicate il nome del campo dove gli esperimenti medici sono stati praticati	

Indicate quali documenti fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM Lasciare in bianco</i>	87. Documento (fotocopie soltanto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato medico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)

DANNI ALLA SALUTE – Bambino alloggiato in istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù

88. Siete stato (o il deceduto) alloggiato in un istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù ed è stata la vostra salute (o quella del deceduto), mentale o fisica, severamente danneggiata? Se no, andare al numero 94.		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
89. Data ingresso in istituto per bambini	90. Indicate il nome del campo dove era ubicato l'istituto per bambini	
Anno	Mese	
91. Data uscita dall'istituto per bambini	92. Indicate il nome dell'istituto per bambini, se noto	
Anno	Mese	

Indicate quali documenti fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM Lasciare in bianco</i>	93. Documenti (fotocopie soltanto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato medico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)

MORTE DI UN FIGLIO – Bambino alloggiato in istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù

94. Siete (o il deceduto) il genitore di un bambino che è morto durante la permanenza in un istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù?		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
95. Cognome del bambino	96. Nomi del bambino						
97. Nome del campo dove era ubicato l'istituto	98. Nome dell'istituto per bambini, se noto						
99. Data di nascita del bambino	100. Data di morte del bambino	101. Data di ingresso nell'istituto per bambini					
Anno	Mese	Giorno	Anno	Mese	Giorno	Anno	Mese

Indicate quale documento fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM Lasciare in bianco</i>	102. Documento (fotocopie soltanto)
<input type="checkbox"/>	Vogliate specificare

ALTRI DANNI ALLA SALUTE

103. Avete subito altri danni alla salute connessi alle ingiustizie nazionalsocialiste?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	---

Indicate quale documento fornite a supporto della vostra domanda

<i>Per uso OIM Lasciare in bianco</i>	104. Documento (fotocopie soltanto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificato medico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)

Nome del richiedente

PARTECIPAZIONE AD UN ALTRO PROGRAMMA GOVERNATIVO

Vogliate indicare di seguito se voi (o il deceduto) avete partecipato a un altro programma governativo. Le informazioni relative a tale partecipazione possono aiutare l'IOM a trattare la vostra domanda di indennizzo più velocemente. Qualsiasi somma di denaro precedentemente ricevuta da tale programma **non verrà dedotta** dal pagamento fatto dall'OIM.

105. Programma governativo	106. Vostro numero d'identificazione nel programma (o del deceduto)
a. <input type="checkbox"/> Germania, Legge federale di risarcimento – <i>Bundesentschädigungsgesetz/BEG</i>	
b. <input type="checkbox"/> Germania, Fondo di sostentamento – <i>HNG Fonds</i>	
c. <input type="checkbox"/> Germania, Fondo di sostentamento – <i>Wiedergutmachungs – Dispositions-Fonds</i>	
d. <input type="checkbox"/> Germania, Pagamento per sofferenze dovute a esperimenti medici	
e. <input type="checkbox"/> Belgio, concessione dello status di <i>Prisonnier Politique</i>	
f. <input type="checkbox"/> Belgio, concessione dello status di <i>Déporté pour le Travail Obligatoire</i>	
g. <input type="checkbox"/> Francia, concessione dello status di <i>Déporté Résistant</i> o <i>Déporté Politique</i>	
h. <input type="checkbox"/> Francia, concessione dello status di detenuto in un campo di educazione al lavoro (Arbeitserziehungslager)	
i. <input type="checkbox"/> Francia, concessione dello status di <i>Personne Contrainte au Travail – PCT</i>	
j. <input type="checkbox"/> Italia, legge n. 791	
k. <input type="checkbox"/> Italia, riconosciuto Internato Militare Italiano (IMI)	
l. <input type="checkbox"/> Slovenia, concessione dello status ai sensi della Legge sulle Vittime di Guerra – <i>ZZVN</i>	
m. <input type="checkbox"/> Altro (vogliate specificare)	

POSSIBILE DIRITTO NELL'AMBITO DELLA CAUSA SUI BENI DELLE VITTIME DELL'OLOCAUSTO (BANCHE SVIZZERE)

Potreste avere diritto a un ulteriore indennizzo a seguito della risoluzione della causa sui beni delle vittime dell'olocausto (Banche Svizzere) intentata davanti alla Corte Distrettuale degli Stati Uniti, Distretto Est di New York. Vogliate rispondere alle seguenti domande affinché l'IOM vi possa inviare le informazioni necessarie non appena saranno disponibili.

107. Siete stato (o il deceduto) detenuto in un campo di concentramento, ghetto, altro posto di reclusione, campo di lavoro forzato, prigionie, brigata SS o posto simile e forzato a lavorare, in quanto testimone di Geova, Rom, omosessuale o disabile?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
108. Siete stato (o il deceduto) forzato a lavorare per un'impresa svizzera, o un'impresa tedesca di proprietà svizzera, durante il periodo nazista?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
109. Se "Sì", indicate il nome dell'impresa per cui avete lavorato	
109. In quanto testimone di Geova, Rom, omosessuale o disabile, vi è stata (o al deceduto) i) negata l'entrata in Svizzera o siete stato espulso dalle autorità svizzere o ii) siete stato ammesso in Svizzera come rifugiato e detenuto, e avete subito maltrattamenti o abusi dalle autorità svizzere?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO

111. Se la vostra domanda è approvata dall'OIM, indicate come volete ricevere il pagamento. Vogliate notare che gli eredi aventi diritto per il deceduto riceveranno soltanto assegni a loro nome per la parte spettante.

Contante (erogato **solo dagli uffici OIM**) Assegno Bonifico (per il bonifico fornite di seguito le coordinate bancarie)

Coordinate bancarie

112. Banca	113. Nome dell'intestatario	114. Numero del conto bancario
115. Indirizzo (via, numero civico) della banca		116. Città
117. Provincia	118. Stato	119. Codice di avviamento postale
120. Numero telefonico della banca	121. Numero commerciale della banca (ABI/CAB)	

Nome del richiedente

DICHIARAZIONE PERSONALE

Vogliate fornire una breve descrizione di quanto è accaduto a Voi, o alla persona deceduta per la quale inoltrate la domanda di indennizzo, durante il periodo in cui voi (o il deceduto) siete stato un **lavoratore ridotto in condizioni di schiavitù** o un **lavoratore forzato**. Descrivete le condizioni in cui voi (o il deceduto) siete stato detenuto.

Se avete inoltrato una domanda in quanto vittima di **esperimenti medici**, descrivete la natura e l'impatto degli esperimenti sulla vostra salute (o su quella del deceduto). Se avete inoltrato una domanda in quanto vittima di gravi **danni alla salute** mentre eravate alloggiato in un istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù, descrivete i danni subiti. Se avete inoltrato una domanda per la **morte di un bambino** alloggiato in un istituto per figli di lavoratori forzati o ridotti in schiavitù, descrivete le circostanze della morte del bambino. Se avete inoltrato una domanda per **altri danni alla salute**, descrivete le ingiustizie nazionalsocialiste che hanno causato tali danni personali.

Nome del richiedente



FIRMA, BENESTARE, RINUNCIA

Vogliate firmare dove indicato. Firmate il modulo ufficiale di domanda di indennizzo dell'OIM davanti ad un funzionario autorizzato ad attestare l'autenticità delle firme e i documenti o ad un notaio. Se siete costretto a casa, potete firmare il modulo di domanda dell'OIM davanti al medico curante.

a) Se avete ricevuto un indennizzo dopo il 1945 da una **impresa tedesca** per un'ingiustizia nazista, vogliate indicare di seguito il nome dell'impresa e l'importo. In questo caso, l'indennizzo precedentemente ricevuto **sarà dedotto** dal pagamento che vi può essere accordato dall'OIM. Tuttavia, queste informazioni possono aiutare l'OIM a trattare più velocemente la vostra domanda :
Nome della Impresa (122)..... Valuta (123)..... Importo Ricevuto (124).....

- b) Capisco che il mio diritto a ricevere un pagamento nell'ambito del Programma tedesco di indennizzo per gli ex lavoratori forzati sotto il regime nazista è subordinato alle condizioni specifiche nella legge tedesca.
- c) Non ho inoltrato altra domanda né ricevuto pagamenti nell'ambito di questo Programma per la stessa ingiustizia nazista per cui presento domanda di indennizzo con questo modulo.
- d) Non ho inoltrato altra domanda né ricevuto pagamenti dal Fondo Austriaco di Riconciliazione per la stessa ingiustizia nazista per cui presento domanda di indennizzo con questo modulo.
- e) Accetto che in relazione all'esame e alle verifiche di questa domanda i miei dati (e quelli della persona deceduta) siano tenuti in una banca dati centralizzata e che siano effettuati controlli su mie domande di indennizzo eventualmente registrate presso altre organizzazioni partner.
- f) Autorizzo l'OIM a controllare altri archivi e banche dati pertinenti per verifiche sulla mia domanda di indennizzo, per esempio, gli archivi del governo tedesco, gli archivi del International Tracing Service della Croce Rossa, ecc.
- g) A fronte di un pagamento nell'ambito del Programma Tedesco di indennizzo per gli ex lavoratori forzati sotto il regime nazista, rinuncio irrevocabilmente a far valere qualsiasi pretesa al di fuori della legge tedesca:
 - i. Contro la Repubblica Federale di Germania, gli Stati federali tedeschi e altre istituzioni pubbliche tedesche per quanto concerne il lavoro asservito, il lavoro forzato e la perdita di proprietà.
 - ii. Contro le imprese tedesche per quanto concerne tutte le domande di risarcimento connesse con l'ingiustizia nazionalsocialista.
 - iii. Contro la Repubblica dell'Austria e le imprese austriache per quanto concerne il lavoro asservito o il lavoro forzato.

Questa rinuncia non riguarda le domande di risarcimento e i pagamenti previste dalle leggi tedesche sulle conseguenze della guerra o le misure di indennizzo o qualsiasi domanda di risarcimento relativa alla restituzione di opere d'arte. Queste ultime, tuttavia, possono essere rivendicate solamente in Germania o nel paese da cui le opere sono state sottratte .

h) Dichiaro che le informazioni fornite a supporto di questa domanda sono veritiere e rese al meglio delle mie conoscenze. Sono consapevole che false informazioni possono comportare un'azione per la restituzione di qualsiasi pagamento effettuato e ulteriori azioni legali.

Firma del richiedente

Tipo dell'attuale Documento d'identità (125) Numero dell'attuale documento d'identità (126).....

Ho verificato la carta d'identità o il passaporto del richiedente e la residenza dello stesso al 16 Febbraio 1999. Ove previsto, ho verificato i vincoli del richiedente con il deceduto.

Timbro e firma del funzionario/notaio /medico curante

Data Città

Nome in stampatello del funzionario/notaio/medico curante

.....
Cognome Nome

Indirizzo del funzionario/notaio /medico curante

Numero telefonico del funzionario/notaio/medico curante