

RICHIESTA CERTIFICATO ATTESTANTE LE CAUSE DI MORTE

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

 in qualità di coniuge figlio/a genitore erede testamentario

CHIEDE

il rilascio del certificato attestante le cause di morte di (indicare i dati del defunto)

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il _____

deceduto il _____ a _____ (____)

residente in vita a _____ (____)

Motivo della richiesta _____

 Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni previste dalle leggi vigenti in materia di dichiarazione mendace

Luogo, data _____

Firma _____

Modello da inoltrare via email all'indirizzo: **sisp@aulss2.veneto.it** unitamente alla **copia della carta di identità e alla ricevuta di versamento di € 15,00** effettuato direttamente al seguente indirizzo: <https://mypay.regione.veneto.it/pa/home.html>

- Cliccando su altre tipologie di pagamento
- Tipologia di pagamento: altre attività dei servizi del Dipartimento di Prevenzione
- Descrizione versamento: Certificazione sulle cause di morte di ...