

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
 Delego al ritiro del certificato il sig./la sig.ra _____

Luogo, data _____

Firma

N.B.: I dati riportati su questo documento sono prescritti dalle disposizioni relative al procedimento per i quali sono richiesti e saranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque nel rispetto dei principi di riservatezza previsti dalla norma in materia di protezione dei dati personali.

Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data _____

Firma

A cura del Servizio Igiene Sanità Pubblica e Medicina di Comunità

Documento d'identità del richiedente _____

rilasciato il _____ da _____

Documento d'identità del delegato _____

rilasciato il _____ da _____

Ricevuto il _____