

Direzione Generale

SC Osservatorio Epidemiologico

ALL. 1 **Compilare in STAMPATELLO a cura del Richiedente**

RICHIESTA DEL CERTIFICATO ATTESTANTE LE CAUSE DI MORTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ in

data _____ Residente a _____

Codice fiscale _____ recapito telefonico _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art.47 DPR445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere AVENTE DIRITTO IN QUALITA' DI:

erede legittimo/testamentario (grado di parentela _____)

legale rappresentante dell'erede _____

altro _____

del/la sig./ra _____

nato/a il _____ a _____

Comune di residenza in vita _____

Comune di decesso _____ Data di decesso _____

CHIEDE

che la documentazione relativa alle cause di morte venga recapitata tramite (barrare):

e-mail al seguente indirizzo (in stampatello) _____

ritiro a mano presso l'Osservatorio Epidemiologico -Palazzina 9A-in via dei Toscani 1-Mantova
previo accordo telefonico allo 0376 334614.

Solo in caso di delega:

DI DELEGARE IL/LA SIG/RA _____ Nato/a il _____

residente a _____ (allegare copia fronte e retro della C.I. del delegato)

Firma per esteso del richiedente avente diritto

Data _____

Nota Bene: questo modulo di richiesta deve essere inoltrato esclusivamente al seguente indirizzo email: **protocollo@pec.ats-valpadana.it** allegando sempre la copia (fronte e retro) della Carta di identità dell'avente diritto e, in caso di delega, la copia (fronte e retro) della carta identità del delegato al ritiro.