
RICHIESTA ATTESTAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ in via _____ n. _____
telefono _____ email _____ in qualità di (coniuge, figlio, ect.) _____

CHIEDE

il rilascio, in carta semplice per gli usi consentiti dalla legge, dell'**attestazione delle cause di morte** del defunto:

nome _____ cognome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente in vita a _____ prov. _____ via _____
deceduto/a a _____ il _____
motivazione della richiesta: _____

dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai fini dell'emissione della certificazione, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo 2016/679 del 27/04/2016.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara di essere legittimato alla richiesta in quanto:

- erede legittimo del defunto** (coniuge, figli, ect, se più eredi, è necessario che tutti gli aventi diritto facciano delega scritta all'incaricato per il ritiro, allegando i rispettivi documenti d'identità)
- erede testamentario del defunto** (allegare atto notarile)
- altro** (specificare) _____.

INDICA LA SEGUENTE MODALITA' PER IL RITIRO DEL CERTIFICATO

- Ritiro di persona dal richiedente presso la sede Igiene Pubblica di Lanusei, via Trento.
- Invio all'indirizzo di posta elettronica certificata (non email) _____
- Ritiro da persona delegata, previa esibizione di delega scritta.

Luogo _____ data, ____ / ____ / ____

Il soggetto interessato _____
(firma per esteso)

Si allega:

- Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di notorietà;
- Delega (solo in caso di ritiro da parte di persona diversa dal richiedente);
- Copia di documento di identità in corso di validità del richiedente e, in caso di delega, anche del delegato;
- Ricevuta di avvenuto pagamento presso uffici CUP per "certificato causa di morte" o tramite CCP: 1058801182 intestato ad ASL n°4 Ogliastra di euro 26,00.

La certificazione non può essere rilasciata prima che questo Ufficio abbia ricevuto la scheda ISTAT dall'Ufficio di Stato Civile del Comune di decesso (circa 30 giorni dalla data del decesso).