

Il presente Modulo può essere inviato con Posta Ordinaria, con mail o PEC

Azienda Sanitaria Locale TO3
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Via Martiri XXX Aprile, 30
10093 COLLEGNO (TO)

PEC: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il _____ residente a _____ ()
in via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____

Chiede il rilascio del CERTIFICATO ATTESTANTE LE CAUSE DI MORTE

del/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ () il _____ residente in vita a _____ ()
in via _____ n. _____ deceduto/a a _____ () il _____
Motivo della richiesta _____

Contestuale dichiarazione sostitutiva di certificazione, art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

Di essere nato/a a _____ () il _____
Di essere residente a _____ () in via _____ n. _____
Grado di parentela con il defunto/a _____
Indirizzo PEC intestato al richiedente a cui restituire il Certificato compilato _____

Data _____

Firma _____

Normativa sulla Privacy Regolamento Europeo 2016/679 – Decreto n. 101/18 del 10 agosto 2018

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall'ASL TO3, titolare del trattamento.

ALLEGATI:

- copia di un documento di identità
- attestazione del versamento di € 10,00 per diritti sanitari, effettuato sul C/C postale n. 11773108, intestato a A.S.L. TO3 - COLLEGNO – Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Servizio Tesoreria - IBAN: IT 10Q0760101000000011773108
- delega se occorrente