

Al Medico Responsabile della tenuta  
del Registro di Mortalità  
Ausl di Imola

Oggetto: Attestazione causa di morte.

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a ..... il ...../...../..... residente a .....

in Via/Piazza.....n.....Tel. ....

consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente (art. 76 D.P.R. 445/2000), verranno applicate le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia ed informato che il trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) avverrà esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge

**CHIEDE**

avendone diritto in qualità di erede legale / testamentario, il rilascio in carta libera per gli usi consentiti dalla legge e per la seguente motivazione:.....

**attestazione della causa di morte di** .....

nato /a a.....Prov. ...., il ...../...../.....,

deceduto a..... il ...../...../.....

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Il dichiarante allega copia fotostatica del documento di identità (in caso di invio per posta o via fax):

\_\_\_\_\_

(indicare il tipo ed estremi del documento di identità presentato)

Si attesta che il dichiarante \_\_\_\_\_, previamente identificato con \_\_\_\_\_, ha reso e sottoscritto in mia presenza la presente dichiarazione.

(tipo ed estremi del documento di identità ovvero conoscenza diretta)

\_\_\_\_\_

(cognome, nome e qualifica del funzionario competente che riceve la dichiarazione)

\_\_\_\_\_

(firma per esteso)