

All' ASL AL
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Via Venezia, 6
15100 ALESSANDRIA

Richiesta certificato di causa di morte

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

Documento di identità _____

Recapito telefonico _____

CHIEDE IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DELLE CAUSE DI MORTE

Del/la signor/ra _____

Nato/a a _____ il _____

Deceduto/a il _____ a _____

Motivo della richiesta _____

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 in quanto:

- erede legittimo del defunto
- erede testamentario del defunto
- delegato dall'erede legittimo/testamentario del defunto (allega delega)
- altro (specificare) _____

_____, li _____

Il Richiedente

Si allega

- ricevuta di versamento bollettino di cc n 12108155 di € 12.00 intestato a ASL AL Servizio Igiene Pubblica - Alessandria
- fotocopia documento di identità

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. 196/2003

I dati raccolti dall'Amministrazione sono conservati e trattati anche mediante strumenti informatici nel pieno rispetto della sicurezza e riservatezza ai sensi delle disposizioni del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e utilizzati esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente. In relazione al trattamento dei dati personali e/o sensibili, l'interessato vanta i diritti di cui al D. Lgs. 196/2003.