

All' Azienda ULSS 9 Scaligera
Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. di Medicina Legale
Sede di _____
Via _____
37 _____
E-mail: dip.prevenzione@aulss9.veneto.it
Pec: prevenzione.aulss9@pecveneto.it

CERTIFICATO ATTESTANTE LE CAUSE DI MORTE E/O SCHEDA ISTAT

Il/La sottoscritto/a.....residente in.....
Prov.....Cap.....Via.....
Telefono..... Cellulare.....e – mail.....
Cod. Fiscale.....

consapevole delle sanzioni, anche penali, previste dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000, per il caso di falsità nelle dichiarazioni sostitutive di certificato e/o di fatto notorio, dichiara di inoltrare richiesta in qualità di:

- erede grado di parentela _____
 legale rappresentante dell'erede
 altro

del/la sig./ra.....
nato/a a.....Prov.....il.....
Residente in vita aProv.in Via
CF.....
deceduto/a nel Comune di.....Prov.....il.....

CHIEDE

il rilascio di:

- n.....certificato/i attestante le cause di morte quali risultanti dalla scheda ISTAT
 n.....copia/e scheda ISTAT
 n.....copia/e conforme della scheda ISTAT

per il seguente motivo (se non erede/legale rapp., specificare interesse concreto ed attuale).....
.....
.....

Chiede che quanto sopra gli/le venga fornito tramite la seguente modalità:

- ritiro personale allo sportello
 posta ordinaria
 e-mail/PEC

Dichiara che il pagamento dell'importo dovuto sarà effettuato prima del rilascio della documentazione richiesta tramite il sistema di pagamento PagoPa appena ricevute le opportune indicazioni per operare il versamento

Verona,

In fede

Allegati:

1. copia di un documento di identità in corso di validità;
2. delega di eventuali altri eredi (in carta semplice) unitamente alla copia di un documento d'identità in corso di validità.