



Dipartimento di Prevenzione

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Sede di Arzignano - Via Kennedy, 2 Arzignano

Direttore : f.f. Dr.ssa Maria Teresa Padovan

Al Responsabile
 Servizio Igiene e Sanità Pubblica
 Az. U.L.S.S. n.8 Berica
 Sede di Arzignano

Data.....

Il sottoscritto nato/a a..... il
 residente a in via n° ...
 recapito telefonico.

RICHIEDE

copia della SCHEDA DI MORTE (mod. ISTAT) del sig./a
 nato/a il deceduto/a a
 il e residente in vita a

A tal fine , ai sensi dell'art. 46 del DPR 44572000, il sottoscritto, consapevole in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, delle sanzioni penali previste all'art.76 del DPR n.445/2000,

DICHIARA

di avere il seguente grado di parentela con il defunto:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> coniuge | <input type="checkbox"/> genitore |
| <input type="checkbox"/> figlio/a | <input type="checkbox"/> fratello/sorella |

Delego al ritiro del documento il sig.

Firma

N.B. - "Informativa ai sensi dell'art.10 della Legge 31/12/1996 n. 675: I dati riportati sul presente foglio sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e saranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque nel rispetto dei principi di riservatezza contenuti nella Legge n. 675/96".

Allegare:

1. copia documento di Identità del richiedente e, in caso di delega, copia documento di Identità del delegato.
2. attestazione di versamento di euro 5,00. Il versamento deve essere effettuato presso gli Uffici CUP Cassa dell'Azienda ULSS 8 Berica.