**RICHIESTA CERTIFICATO DI RICOVERO DI PAZIENTE DECEDUTO**

Il/La sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………………

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000.

**DICHIARA**

ai sensi dell’art.47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000:

di essere nato/a…………………………………………………………il…………………………………………….

di essere residente a ………………………………………….CAP…………………….PROV…………………

in VIA………………………………………………………………………………………………………………………..

in qualità di erede:

* Legittimo…………………………………………………...(indicare il grado di parentela)
* Testamentario-testamento registrato in data……………………………………………

**CHIEDE**

che venga rilasciato il certificato relativo al ricovero del/della signor/a………………………………………...............nato/a………………………………il……………………

defunto il……………………………………………………………………………………………………………………

ricovero avvenuto presso il:

REPARTO……………………………….OSPEDALE DI ……………………………………DATA……….………

REPARTO……………………………….OSPEDALE DI ……………………………………DATA……….………

REPARTO……………………………….OSPEDALE DI ……………………………………DATA……….………

Allega alla presente fotocopia del proprio documento in corso di validità

(il documento deve essere fotocopiato FRONTE/RETRO o consegnato per fotocopiarlo)

Data………………………………… Firma……………………………

 (originale dell’intestario)