



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Dipartimento di Sanità Pubblica

Unità Operativa Igiene e Sanità Pubblica

AL REFERENTE REGISTRO DI MORTALITA'

Ambito di Ravenna Forlì Cesena Rimini

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

via _____ n. _____ recapito telefonico _____

in qualità di:

- erede legale (specificare il grado di parentela con il/la deceduto/a _____)
- erede testamentario (allegare stralcio atto testamentario)
- beneficiario di polizza (allegare copia)
- altro (specificare _____)

CHIEDE

che gli venga rilasciata, per gli usi consentiti dalla legge, l'attestazione delle cause di morte di:

cognome nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

deceduto/a a _____ il _____

per i seguenti motivi: bancario/assicurativo

pensionistico

altro _____

Il/la richiedente dichiara di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

Barrare modalità preferita per il ritiro del documento richiesto:

provvederò personalmente al ritiro

Posta Elettronica Certificata al seguente indirizzo PEC: _____

Si allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità del/della richiedente

(luogo)

(data)

FIRMA RICHIEDENTE

(firma leggibile e per esteso)