



Azienda USL Toscana nord ovest
Dipartimento di Prevenzione
Area Igiene e Sanità Pubblica
U.F. Igiene Pubblica e della Nutrizione

Zona _____

Richiesta certificato causa di morte

____ I ____ sottoscritt _____

nat ____ a _____ (____) il ____ / ____ / ____

residente in _____ (____) in Via/Loc. _____ n. _____

tel. n. _____

Documento di riconoscimento _____ N. _____

(indicare tipo documento, es.: Carta d'Identità)

rilasciato da _____ in data ____ / ____ / ____

chiede il rilascio di n. ____ copia/e del certificato di causa di morte:

del/la signor/a _____

nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____

residente nel comune di _____ (____) il ____ / ____ / ____

deceduto/a nel Comune di _____ (____) il ____ / ____ / ____

- Motivazione della richiesta: _____

A tal fine, valendosi del disposto di cui agli artt. 21-38-47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, come previsto dall'art. 76 del citato D.P.R., sotto la propria personale responsabilità, dichiara di essere legittimato alla richiesta in quanto:

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

data ____ / ____ / ____ Il Dichiarante _____

(firma leggibile)

Si allega fotocopia documento di identità del richiedente in corso di validità.



Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del **GDPR (Regolamento UE 2016/679)** e del D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679. **I dati personali raccolti per il procedimento in oggetto sono acquisiti conformemente alla normativa vigente in materia (R.G.P.D. n. 2016/679).** Al link riportato sotto è possibile prendere visione del Regolamento Aziendale Privacy ed è possibile scaricare il modulo per l'esercizio del diritto alla privacy. Responsabile della Protezione dei dati rpdp@uslnordovest.toscana.it indirizzo: Via Antonio Cocchi 7/9 Pisa.

____ I ____ sottoscritto/a ritira in data odierna n° ____ certificati di causa di morte come da richiesta avanzata

data ____ / ____ / ____

(firma leggibile)