

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto ..... , nato a ..... il .....e  
residente in .....Via / P.zza .....;  
è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna della dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).  
E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l' emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 e

### DICHIARA CHE

Il/la Signor/a-----  
è deceduto/a-----in data-----  
e di essere erede legale//testamentario

-----li-----

Il/La dichiarante

-----

---

La presente dichiarazione è contestuale alla istanza di richiesta di rilascio di attestazione delle

cause di Morte, rivolta in data----- al Medico Responsabile della tenuta del Registro di Mortalità del Dipartimento di Sanità Pubblica dell' Azienda U.S.L. di Piacenza e pertanto ai sensi dell' art.38 D.P.R.445/2000 le modalità di presentazione della domanda sono:

**via fax/ tramite un incaricato o mezzo posta,allegando copia fotostatica del documento di riconoscimento.**

-----li-----

Il pubblico ufficiale

-----



