

**Al Medico Responsabile della tenuta
del Registro di Mortalità di Piacenza
Dipartimento di Sanità Pubblica
Piazzale Milano n. 2
29100 Piacenza**

Il/la sottoscritto/a:

.....

nata/o a: il -----

residente a:

.....

in via/piazza: n.

avendone diritto in qualità di: erede legale/ testamentario

CHIEDE

Che gli venga rilasciata, in carta libera per gli usi consentiti dalla legge, **attestazione delle cause di morte** di:

.....

nata/o a: il/...../.....

residente a:

.....

in via/piazza: n.

deceduto/a a: il/...../.....

per la seguente

motivazione:-----

La certificazione richiesta verrà ritirata presso la segreteria del Dipartimento di Sanità Pubblica di Piazzale Milano n.2-
Piacenza- dal Lunedì al Sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.00.

Desidero essere informato telefonicamente sul giorno da cui il certificato può essere ritirato:

NO SI

Se si, al numero:-----cellulare-----

Tale comunicazione deve essere data solo al richiedente NO SI

Il richiedente dichiara:

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto
prescritto dall'art.76 del DPR. 445/2000;

- di essere STATO informato e DI autorizzare la raccolta dei dati per l'emissione della certificazione richiesta ai sensi
dell'art. 13

del D.lgs 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Piacenza lì/...../.....

In fede _____
(firma leggibile e per esteso)

