

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente a

in via / piazza n°

avendone diritto in qualità di:

erede legale

erede testamentario (indicare numero e data dell'atto)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di agire anche in nome degli altri eredi di seguito indicati dai quali formalmente delegato (produrre delega e copia del documento di riconoscimento di ciascun erede indicato);

.....

.....

di agire in via disgiunta dagli altri eventuali eredi

CHIEDE

che gli venga rilasciata, in carta libera per gli usi conseguiti dalla legge, n.

certificazioni delle cause di morte di:

signor/ra

nato/a a il

residente a in via n°

deceduto/a a: il / /

per la seguente motivazione

.....

La certificazione non può essere rilasciata prima del giorno 20 del mese successivo a quello del decesso. La certificazione richiesta verrà ritirata nella segreteria del Dipartimento di Sanità pubblica di *piazzale Milano, 2* ■ Piacenza
dal lunedì al sabato dalle 8.30 alle 12.30

■ **desidero essere informato telefonicamente sul giorno da cui il certificato può essere ritirato**

NO

SI

Se sì, al numero:

cellulare

■ **tale comunicazione deve essere data solo al richiedente** NO SI

Il richiedente dichiara:

● di essere consapevole che i dati forniti con la presente potranno essere utilizzati dall'Azienda UsI di Piacenza ai fini della verifica della esattezza e della veridicità delle dichiarazioni rilasciate e 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, li.....

in fede

La presente dichiarazione viene autenticata ai sensi dell'art. 21 DPR. 445/2000

Azienda Usl di Piacenza

Segreteria Dipartimento di Sanità pubblica

Io sottoscritto attesto che la dichiarazione su estesa è stata resa in mia presenza dal dichiarante sopra generalizzato ed identificato a mediante:

.....

rilasciato da: il / /.....

Piacenza, li

Il pubblico ufficiale

.....

Decreto legislativo 196/03 (privacy)



I dati richiesti saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'**evasione** della richiesta e per le finalità strettamente connesse ad essa.

Il trattamento dei dati viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici.

I dati non verranno comunicati a terzi; il conferimento dei dati è obbligatorio; la conseguenza nel caso di mancato conferimento di dati è la seguente: invalidità della delega.

Il Titolare del trattamento è L' Azienda Usl di Piacenza.

Il Responsabile del trattamento è il direttore dell'Unità operativa Epidemiologia e Centro screening.

In ogni momento possono essere esercitati i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall' art.7 del D.lgs 196/03, rivolgendosi all' Unità operativa Epidemiologia e Centro screening, *piazzale Milano n° 2, 29100 Piacenza.*