

**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**

**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 196/93 (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.*