Azienda sanitaria Friuli Occidentale
Prot. n.
Data

AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIA DELLA SCHEDA DI ATTESTAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a a ..... il ....., e residente a ..... in Via ....., n. ....., in qualità di erede del/la defunto/a

CHIEDE

il rilascio, in carta semplice e per gli usi consentiti dalla legge, di copia della **scheda di attestazione delle cause di morte** di ....., nato/a a ..... il ....., e deceduto/a a ..... in data .....,

per i seguenti motivi:

.....
.....
.....

La presente richiesta è formulata

- ☐ soltanto per sé
- ☐ per sé e per gli altri eredi (*allegare le deleghe*).

Luogo e data ..... Firma .....

Allegati:

1) dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà;
2) modulo indicazioni per il ritiro;
3) n. ____ modelli di delega coerede.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE / DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Il/la sottoscritto/a ……., nato/a a …….. il ……., consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni previste per il caso di false od omesse dichiarazioni di cui all'articolo 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 e consapevole altresì dell'obbligo, nel caso di dichiarazione mendace o incompleta, di restituire all' Aas n. 5 "*Friuli occidentale"* la documentazione ricevuta e di risarcire l'eventuale danno,

DICHIARA

- che il/la Sig./ra …… nato/a a …….. il ……., è deceduto/a a …… in data ……;
- che non vi sono soggetti che possano vantare un interesse contrario alla presente richiesta, oltre agli eventuali coeredi sotto elencati (*riportare per ciascuno nome, cognome, data e luogo di nascita e indirizzo di residenza*);

che il Sig. …… è deceduto senza lasciare testamento / lasciando un testamento pubblicato in data …… dal notaio …….. di ……., repertorio ……., raccolta ……., e che pertanto risultano eredi:

1)……

2)……

3)……

4)……

5)……

☐ di agire anche in nome e per conto degli altri coeredi suindicati.

Luogo e data …… Firma ……

Riservato all'ufficio. Si attesta che la presente dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante previamente identificato a mezzo di ……., n. ……., rilasciato da …… in data …… e con scadenza ……

Luogo e data …… Firma del funzionario……

Ai sensi dell'articolo 38, D.P.R. n. 445 del 2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante.

INDICAZIONI PER IL RITIRO

Il/la sottoscritto/a ....., in riferimento all'unita richiesta di copia della scheda di attestazione delle cause di morte dichiara di voler ritirare la stessa presso la sede di: ..... (*****)

Chiede inoltre di essere informato telefonicamente al numero ..... del giorno in cui il certificato sarà a disposizione per il ritiro.

Precisa che tale comunicazione deve essere data solo al richiedente: □ SI □ NO

Luogo e data ..... Firma .....

DELEGA AL RITIRO

Il sottoscritto richiedente delega per il ritiro della scheda di attestazione:

Nome ..... Cognome.....

nato a ..... il .....

e residente a ..... in via ....., n. ....

La persona delegata deve presentarsi munita di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità e di copia di un documento in corso di validità del delegante.

Luogo e data ..... Firma .....

(*) La certificazione può essere ritirata presso la sede del Servizio di Medina Legale – Via Montereale 32/a- Pordenone
Cittadella della Salute – 2° piano

La richiesta può essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica:
invalidi.civili@asfo.sanita.fvg.it

L'attestazione NON può essere rilasciata prima del SECONDO MESE successivo a quello del decesso.

I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'espletamento della richiesta e per le finalità strettamente connesse.
Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici.
I dati forniti non saranno comunicati a terzi; il conferimento dei dati è facoltativo; la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è l'impossibilità di emettere il certificato richiesto.
Il responsabile del trattamento è il dott. Lucio Bomben.
In ogni momento possono essere esercitati i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'articolo 7 del d.lgs. n. 196 del 2003, rivolgendosi all 'Asfo – Dipartimento di Prevenzione, Via Vecchia Ceramica, 1, Pordenone.

MODELLO DI DELEGA PER COEREDE

Il/La sottoscritto/a ……, nato/a a …….. il ……., e residente a …….. in Via ……., n. ….., in qualità di erede di ……., nato/a a …….. il ……., e deceduto/a a …….. in data ……..,

DELEGA

Nome …… Cognome……
nato a …….. il ……
e residente a …….. in via ……., n. ….,
a richiedere presso l' Azienda Sanitaria " Friuli Occidentale" il rilascio di copia della scheda di attestazione delle cause di morte del sopra nominato.

Luogo e data …….. Firma ……..

Riservato all'ufficio. Si attesta che la presente dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante previamente identificato a mezzo di ……., n. ……., rilasciato da …….. in data …….. e con scadenza ……

Luogo e data …….. Firma del funzionario……

Ai sensi dell'articolo 38, D.P.R. n. 445 del 2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante.