

Azienda sanitaria Friuli Occidentale  
Prot. n.  
Data



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
Medicina Legale  
Fax 0434 521105

**Referente per la pratica:**

Assistente Sanitaria Dott.ssa Vittoria Benedet  
Tel.0434.596117 - cell. 3386215344

e-mail: [vittoria.benedet@asfo.sanita.fvg.it](mailto:vittoria.benedet@asfo.sanita.fvg.it)

**Responsabile del procedimento:**

Dott. Lucio Bomben

Dipartimento di Prevenzione- Medicina Legale

Tel. 328.1004582. e-mail:

[lucio.bomben@asfo.sanita.fvg.it](mailto:lucio.bomben@asfo.sanita.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'unità 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 richiesta/ritirata presso la seguente  
sede del Dipartimento di Prevenzione, nelle giornate e negli orari  
indicati previo contatto telefonico.**

<b>Pordenone</b>	Via Vecchia	venerdì	09.00 -	0434/369810
	Ceramica, 1		12.00	

**La richiesta può essere inviata al seguente indirizzo di posta  
elettronica:**

[invalidi.civili@asfo.sanita.fvg.it](mailto: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'Aas n. 5 "Friuli occidentale" – 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' Aas 5 *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.