

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

Responsabile del procedimento:

Dott. Lucio Bomben
Dipartimento di Prevenzione- Medicina Legale
Tel. 328.1004582. e-mail:
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.**

Pordenone	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

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.