



azienda sanitaria locale

materata

Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana  
 U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica  
 Direttore f.f.: Dr. Mariano Rosario RUGGIERI  
 Segreteria Tel. 0835/253621  
 PEC: igiene.epid.sanita.pubblica.matera@pec.asmbasilicata.it

### Richiesta certificato causa di morte

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/Loc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. n. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ (Indicare tipo documento, es.: Carta d'Identità)  
 in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

chiede il rilascio di n. \_\_\_\_\_ copia/e del certificato di causa di morte:

del/la signor/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente nel comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

deceduto/a nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Motivazione della richiesta: \_\_\_\_\_

A tal fine, valendosi del disposto di cui agli artt. 21-38-47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, come previsto dall'art. 76 del citato D.P.R., sotto la propria personale responsabilità, dichiara di essere legittimato alla richiesta in quanto:

- erede legittimo del defunto
- erede testamentario del defunto
- delegato dall'erede legittimo/testamentario del defunto (allega delega)
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_  
 (firma leggibile)

**Si allega fotocopia documento di identità del richiedente in corso di validità.**



Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679. I dati personali raccolti per il procedimento in oggetto sono acquisiti conformemente alla normativa vigente in materia (R.G.P.D. n. 2016/679). Al link riportato sotto è possibile prendere visione del Regolamento Aziendale Privacy ed è possibile scaricare il modulo per l'esercizio del diritto alla privacy. Responsabile della Protezione dei dati [ripd@uslnordovest.toscana.it](mailto:ripd@uslnordovest.toscana.it) indirizzo: Via Antonio Cocchi 7/9 Pisa.

\_\_\_\_\_ sottoscritto/a ritira in data odierna n° \_\_\_\_\_ certificati di causa di morte come da richiesta  
 avanzata  
 data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma leggibile)