

Spett.le Azienda Sociosanitaria Ligure n.4  
S.C. Igiene e Sanità Pubblica  
ip.segreteria@asl4.liguria.it  
igiene.pubblica@pec.asl4.liguria.it

**RICHIESTA CERTIFICATO DELLE CAUSE DI MORTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

con la presente chiede il rilascio di copia del certificato delle cause di morte:

**del/la signor/a** \_\_\_\_\_  
**nato/a a** \_\_\_\_\_ **prov.** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_  
**deceduto/a a** \_\_\_\_\_ **prov.** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara di essere legittimato alla richiesta in quanto:

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

Chiavari, li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

***Si allega copia del documento di identità in corso di validità***

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. Lgs.196/2003**

I dati raccolti dall'Amministrazione sono conservati e trattati anche mediante strumenti informatici nel pieno rispetto della sicurezza e riservatezza ai sensi delle disposizioni del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e utilizzati esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'ente. In relazione al trattamento dei dati personali e/o sensibili, l'interessato vanta i diritti di cui al D. Lgs. 196/2003.