



**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 ritirata presso la sede del Servizio di Medicina 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](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'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.