

Riservato all'Ufficio

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Al Direttore della U.O.C. Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva

RICHIESTA copia del Modello Istat di morte

Il sottoscritto

Cognome: _____ Nome: _____

Nato il ___/___/___ a _____ Prov.: _____ residente in _____

documento di identificazione _____ n° _____ rilasciato da _____

telefono e indirizzo per eventuali comunicazioni _____

Avendo diritto in qualità di :

erede legale /___/ erede testamentario

procura da parte di..... (all.documentazione) (anche lettera di procura in carta semplice accompagnata dal documento di chi la rilascia)

Chiede n..... copie di Modello Istat di morte di

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Residente a _____

Deceduto a _____ il _____

Motivo della richiesta:

.....

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, conferma la veridicità di quanto sopra riportato.

Ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. 27 giugno 1992, n. 352, l'Amministrazione è tenuta all'Istituzione di archivi delle richieste di accesso. Con la firma apposta in calce alla presente richiesta di accesso ai documenti amministrativi il sottoscritto autorizza, a norma della legge 31 dicembre 1996, n. 675 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), l'Amministrazione regionale ad inserire e conservare tutti i dati in archivio elettronico o cartaceo nonché a rendere note le loro elaborazioni ed in generale tutti i risultati dei trattamenti dei dati stessi in una forma che non consenta l'identificazione personale. Per quanto riguarda i diritti degli interessati si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 13 della citata legge n. 675/1996. Il sottoscritto si assume inoltre la responsabilità in ordine a tutti i dati indicati nella presente richiesta.

Luogo e data

Firma del Richiedente

.....

.....

(allegare fotocopia di un documento d'identità del richiedente se inviata per posta, fax ,@-mail)

Il richiedente allega attestazione di versamento di Euro 0.26 per ogni copia formato A3 effettuata presso la Cassa Ticket Distretto 10 di questa Azienda Sanitaria Provinciale, via G. Cusmano n.24

PER RICEVUTA COPIA

(il richiedente).....

Data.....