

Oggetto: **richiesta certificazione cause di morte**

Io sottoscritto _____ Nato a _____

Il _____ Residente in _____

email _____ Tel _____

Avente titolo in quanto _____

Chiede a codesta spett. Azienda Sanitaria il rilascio di un attestato inerente le cause di morte di
(cognome e nome del deceduto) _____

Nato il _____ a _____

Deceduto il _____ nel Comune di _____

Allo scopo allega:

- copia di documento di identità del richiedente;
- attestazione di pagamento di € 6,40 (il pagamento va effettuato su bollettino di cc postale prestampato e rilasciato dagli sportelli di front office del Dipartimento di Prevenzione di Foligno – aperto lunedì, martedì e venerdì dalle 9.00 alle 12.00 – telefono 0742 339502 – 339529 oppure richiesto per e-mail: frontofficedip.foligno@uslumbria2.it)

Il Sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28,12,2000 n. 445 e successive modifiche ed integrazioni

Data

Firma
