

Mod. 4

Ad Azienda USL Umbria n. 2  
P.za Giacomini 40  
06034 Foligno (PG)

Io sottoscritto ..... Nato a .....

Il ..... Residente in .....

Via .....

e-mail ..... Tel. ....

Avente titolo in quanto .....

Chiede a codesta spett.le 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 un documento di identità del richiedente;
- attestazione di pagamento di € 6,40 (il pagamento va effettuato su bollettino di cc postale prestampato e rilasciato o dallo sportello front-office del Dipartimento di Prevenzione di Foligno – aperto martedì. e giovedì dalle ore 9 alle 12 – tel 0742/339502/339529, oppure richiesto per e-mail – frontofficedip.foligno@uslumbria2.it).

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'articolo 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 e successive modifiche ed integrazioni.

Data .....

Firma

.....