

All' Azienda USL Umbria n.2
 Via Bramante 37 – 05100 Terni
 PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il /la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice fiscale _____ telefono _____

chiede a codesta Azienda USL Umbria n.2, il rilascio di un attestato inerente le cause di morte di (*cognome e nome del deceduto*) _____

Nato/a _____ il _____

Codice fiscale _____ deceduto il _____

A tal fine, valendosi del disposto di cui agli artt. 27-38-47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per false attestazioni e mendaci dichiarazioni come previsto dall' art.76 del citato D.P.R., sotto la propria responsabilità, dichiara di essere legittimato alla richiesta, in conformità con l' art. 2 terdecies D.Lgs 196/2003, in quanto:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> erede legittimo del defunto | <input type="checkbox"/> mandatario dell'interessato |
| <input type="checkbox"/> erede testamentario del defunto | <input type="checkbox"/> portatore di ragioni familiari meritevoli di protezione |
| <input type="checkbox"/> portatore di un interesse proprio | |

A tal fine dichiara altresì che i dati personali richiesti sono necessari per _____

Chiede di ricevere l'attestato a mezzo: (*barrare la modalità prescelta*)

- ritiro diretto presso il Servizio
- ritiro tramite delegato (*allega delega*)
- PEC all'indirizzo: _____
- tramite il servizio postale al seguente indirizzo:

Via _____

c.a.p. _____ Comune _____

Allo scopo allega:

- copia di un documento di identità del richiedente
- delega (*in caso di ritiro da parte di delegato*)
- attestazione di pagamento di € 6,40 (il pagamento va effettuato su bollettino di conto corrente postale prestampato e rilasciato o dallo sportello front-office del Dipartimento di Prevenzione di Foligno — aperto lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 9 alle 12 — tel. 0742/339502/339529, oppure richiesto per e-mail — frontofficedip.foligno@uslumbria2.it)

Il sottoscritto dichiara di:

- conoscere ed accettare che l' Azienda USL Umbria n.2 è responsabile limitatamente ai propri uffici ove può ritirare il documento richiesto e che la modalità di consegna richiesta è a suo esclusivo favore esonerando dunque l' Azienda USL Umbria n. 2 da ogni qualsiasi responsabilità per la trasmissione e consegna.
- aver preso conoscenza e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali rilasciate ai sensi dell' art. 13 e ss. del GDPR 679/2016 e pubblicate anche sul sito web istituzionale della Azienda USL Umbria n.2 all' indirizzo:
<http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>.

Data _____ firma _____

Ai sensi e per gli effetti dell' art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall' interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all' ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Il /la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice fiscale _____ telefono _____

In relazione alla richiesta di attestato delle cause di morte di:

(cognome e nome del deceduto) _____

Nato/a _____ il _____

Codice fiscale _____ deceduto il _____

DELEGA

al ritiro del documento richiesto:

Il /la sig.re/ra _____

Nato/a _____ il _____

documento di riconoscimento n. _____ rilasciato il _____

da _____

Dichiara di aver preso conoscenza e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali rilasciate ai sensi dell'art. 13 e ss. del GDPR 679/2016 e pubblicate anche sul sito web istituzionale della Azienda USL Umbria n.2 all'indirizzo: <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>.

Data _____

Firma _____

N.B. Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del delegante e del delegato.