

Dipartimento di Prevenzione  
S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Spett. A.S.L. AL  
S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
aslal@pec.aslal.it

**Oggetto:** Richiesta attestazione delle cause di morte

☐ sottoscritt ☐

nato/a a  (  ) il

residente a  (  ) C.A.P.

in

recapito telefonico

documento d'identità  n°

codice fiscale

**CHIEDE**

il rilascio dell'attestazione delle cause di morte di:

nato/a a  (  ) il

residente a  (  ) C.A.P.

deceduto/a a  (  ) in data

motivo della richiesta

**A tal fine consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara di essere legittimato in quanto:**

- ☐ Erede legittimo del defunto;  
☐ Erede testamentario del defunto;  
☐ Delegato dall'erede legittimo/testamentario del defunto (allega delega);  
☐ Altro (specificare) .

**Richiedo di ricevere la certificazione:**

- ☐ Invio alla P.E.C. personale o del delegato (in questo caso compilare la sezione delega ritiro documenti) all'indirizzo:  ;  
☐ Spedita al domicilio sopra indicato in contrassegno con spese a carico del richiedente;  
☐ Ritiro personalmente o del delegato (in questo caso compilare la sezione delega ritiro documenti) presso segreteria S.C. S.I.S.P. sede di .

Dipartimento di Prevenzione  
S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Inoltre, dichiara di aver preso atto dell'informativa per il trattamento dei dati personali.

Luogo e data

Firma

**Si allega:**

- Copia del documento d'identità in corso di validità.

**Informativa per il trattamento dei dati personali:**

Gentile Utente, si informa che i suoi dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali" integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 101/2018, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

**Modalità di pagamento:**

Il pagamento della prestazione di **12,00 €**, ai sensi della D.G.R. 5 luglio 2024, n. 42 -12939, dovrà essere eseguito prima della trasmissione/consegna dell'istanza attraverso il sistema PagoPA. L'avviso di pagamento sarà trasmesso al momento della presentazione della richiesta.

**La trasmissione della richiesta può essere effettuata tramite una delle seguenti modalità:**

- **PEC:** aslal@pec.aslal.it;
- **Posta Ordinaria:** igienepubblica@aslal.it;
- **Consegna a Mano:** presso le sedi delle segreterie del Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

**Attestazione ricevuta certificato causa di morte (a cura del personale ASL AL)**

☐ Invio certificato a mezzo P.E.C.;

☐ Spedito al domicilio indicato;

☐ Ritiro del richiedente o suo delegato presso la sede S.I.S.P di

Data ritiro

Firma

**Delega ritiro documenti**

☐

sottoscritt

☐

dichiara di aver richiesto l'attestazione

delle cause di morte di

**DELEGA**

il/la signor/a

documento d'identità

n°

al ritiro della certificazione.

Luogo e data

Firma

**Allega:** copia del documento d'identità in corso di validità del delegato