



## Al Medico Responsabile della tenuta del Registro di Mortalità

Il/la sottoscritto/a:

.....

nata/o a: ..... il ...../...../.....

residente a:.....

in via/piazza: ..... n. ....

Recapito telefonico: .....

### avendone diritto in qualità di (compilazione obbligatoria):

- Erede legale
- Erede testamentario (si allega atto notarile)
- Parente più prossimo in vita
- Titolare di polizza assicurativa
- Altro: specificare:.....  
.....

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato DPR. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR.445/2000)

## CHIEDE

Che gli venga rilasciata, in carta libera per gli usi consentiti dalla legge, n. .... copia/e dell'**attestazione delle cause di morte di:**

.....

nata/o a: ..... il ...../...../.....

residente a .....

in via/piazza: ..... n. ....

deceduto/a a: ..... il ...../...../.....

**per la seguente motivazione (compilazione obbligatoria) :**.....

.....  
.....  
.....

Si richiede inoltre che la certificazione:

**Sia inviata l'indirizzo digitale (PEC) del richiedente:**

.....

**Oppure**

**Sia inviata all'indirizzo di e-mail ordinaria:**

Consapevole del fatto che solamente l'utilizzo di indirizzi PEC garantisce la riservatezza dei dati e la certezza della consegna del messaggio e che al contrario la posta elettronica ordinaria non protegge dalla possibile fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse da parte di soggetti diversi dai destinatari;

**do il consenso** all'invio tramite e-mail ordinaria al seguente indirizzo:

.....

**Oppure**

**Possa essere ritirata presso la sede di\*:**.....

Il richiedente dichiara inoltre:

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà puniti ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del DPR. 445/2000;

..... li ...../...../.....

**In fede**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile e per esteso)

La presente dichiarazione viene autenticata ai sensi dell'art. 21 DPR. 445/2000

**Azienda USL di Modena Ufficio** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto attesto che la dichiarazione su estesa è stata resa in mia presenza dal dichiarante sopra generalizzato ed identificato/a mediante:

.....

rilasciato da:..... il ...../...../.....

..... lì .....

**Il pubblico ufficiale**

\_\_\_\_\_

**Il trattamento dei dati personali è effettuato ai sensi dell'articolo 13 del regolamento UE 2016/679 – GDPR**

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Usl di Modena, con sede legale in Modena – Via San Giovanni del Cantone, 23.

Per avere ulteriori informazioni sul trattamento dei suoi dati personali può leggere la pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy>

**\*La certificazione può essere ritirata presso una delle seguenti sedi del Dipartimento di Sanità Pubblica:**

- Carpi - Via Guido Molinari, 2
- Mirandola - Via Lino Smeriero,3
- Baggiovara di Modena - Strada Martiniana, 21
- Pavullo Nel Frignano - Viale Martiri, 63
- Vignola - Via Libertà, 799

**NB: L'attestazione non può essere rilasciata prima del giorno 20 del mese successivo a quello del decesso.**