

ROMA



Al Dipartimento Servizi Delegati
Ufficio Denunce di Morte

DECESSO AVVENUTO IN ABITAZIONE O IN CASA DI CURA/OSPEDALE DICHIARAZIONE DI MORTE

(scrivere tutto in stampatello maiuscolo)

Il sottoscritto /
cognome nome

nato a il / / Sesso M F

residente a Via/P.zza n.

in qualità di Genitore Coniuge Altro

in qualità d'incaricato/a dell'Agenzia

consegna a questo Ufficio l'avviso di morte ed il modello ISTAT, compilato in tutte le parti note, relativamente al decesso di

..... /
cognome nome

nato a il / / Sesso M F

residente a

deceduto a il / / per la

FORMAZIONE DELL'ATTO DI MORTE

e

CHIEDE IL RILASCIO DELLA RELATIVA AUTORIZZAZIONE ALLA SEPOLTURA

che avverrà nel Comune di Prov.

Chiede, inoltre, il rilascio di n. estratti di morte.

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000. Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi dell'art.13 del "Codice in materia di protezione dei dati personali", di D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. La presente dichiarazione viene resa ai sensi dell'art.38, 1 e 3 comma, del D.P.R. 445/2000 e non necessita di autentica da parte del P.U. accettante la pratica.

In allegato: fotocopia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità con apposta la propria firma

Roma ,.....

Firma