



## Richiesta certificato dichiarazione cause di morte

(si prega di scrivere in STAMPATELLO)

**Cognome Nome del defunto** \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Residente in vita a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

**DECEDUTO il** \_\_\_\_\_ **Luogo del decesso** \_\_\_\_\_

**Il certificato verrà inviato a domicilio con RACCOMANDATA A/R a:**

(generalità del richiedente)

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ **Grado di parentela** \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Identificata con C.I. - Pat. \_\_\_\_\_, rilasciata dal \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, che lo ha richiesto e che di seguito si firma.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il seguente certificato è richiesto ad:**  uso amministrativo (banche, assicurazioni, ecc..)

altro uso \_\_\_\_\_

Modello da inoltrare via fax al n° **0438/664434** **unitamente alla copia della ricevuta di versamento** di €15,00 effettuato direttamente all'Ufficio Cassa dell'ULSS, ove esistente, oppure su conto corrente postale n° 14922314 intestato a ULSS 7 – PIEVE DI SOLIGO – SERVIZIO TESORERIA

Per ogni informazione telefonare al n° 0438/664412 - Assistenti Sanitarie - Servizio Igiene Sanità Pubblica di Pieve di Soligo. Grazie