

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il/...../.....

Residente a via/piazza..... n°.....

telefono

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità

^ **CHIEDE IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE DI:**

Cognome e Nome (del defunto).....

Nato/a a..... il.....

Residente in vita a

Deceduto il (giorno-mese-anno).....a.....

AVENDONE DIRITTO IN QUALITÀ DI (compilazione obbligatoria)

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

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE (compilazione obbligatoria)

.....

.....

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 – 14 Regolamento europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 15 del regolamento UE n. 679/2016.

Data.....

Firma.....

SI ALLEGA FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il/...../.....

Residente a via/piazza..... n°.....

Richiede che la certificazione:

Sia inviata all'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 la possibile fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse da parte dei soggetti diversi dai destinatari;
do il consenso all'invio tramite e-mail ordinaria al seguente indirizzo:

.....

Oppure

Possa essere ritirata previo appuntamento presso la sede di :

UDINE PALMANOVA GEMONA

Data.....

Firma.....

IN CASO DI RITIRO DELLA CERTIFICAZIONE IN PRESENZA

DATA E FIRMA PER RICEVUTA : _____