

RICHIESTA ATTESTAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

Il/la sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

CHIEDE

il rilascio, in carta semplice per gli usi consentiti dalla legge, dell'**attestazione delle cause di morte di:**

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente in vita a _____ via _____
deceduto/a a _____ il _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

DICHIARA

di averne titolo, in qualità di:

coniuge genitore figlio/a fratello/sorella altro (*specificare*) _____
per la seguente motivazione:

INDICARE LA MODALITÀ DI SCELTA PER IL RITIRO DEL CERTIFICATO

- Ritiro di persona dal richiedente presso la sede SISF di _____
 Ritirato da persona delegata, previa esibizione di delega scritta e documento di identità del delegante e del delegato
 Spedito per posta elettronica certificata all'indirizzo _____

Infine il/la sottoscritto/a desidera essere informato/a telefonicamente/via mail sul giorno in cui il certificato può essere ritirato SÌ NO

Se **SÌ** indicare: telefono _____ e-mail _____

data _____ firma _____

Riservato all'ufficio

La presente dichiarazione viene autenticata ai sensi dell'art. 21 DPR. 445/2000 AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1, Servizio SISP di _____

Io sottoscritto/a attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dal/dalla dichiarante sopra generalizzato/a ed identificato/a a mezzo documento _____ n. _____ rilasciato in data _____ da _____ ho proceduto all'accertamento dell'identità personale del/della Sig./Sig.ra _____ che ha qui apposto la sua firma alla mia presenza.

data _____

firma _____

DELEGA RITIRO ATTESTAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

Il/la sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

DELEGA

a rappresentarlo/a mediante il ritiro della attestazione delle cause di morte relativa a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente in vita a _____ Via _____
deceduto/a a _____ il _____

Il Sig./la Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
identificato/a a mezzo documento _____ n. _____
rilasciato in data _____ da _____ (allegare fotocopia documento)

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it
Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

IL DELEGANTE

data

firma per esteso

INFORMATIVA RICHIESTA ATTESTAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE:

A COSA SERVE IL MODULO

È un'attestazione che riporta le informazioni sulle cause di morte della persona cui si riferisce, così come indicate sulla scheda di morte dal medico curante. Viene di solito richiesta per fini pensionistici o assicurativi.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

I soggetti aventi diritto, cioè gli eredi legittimi o testamentari.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

- Firmato in presenza del dipendente addetto agli uffici SISP, munito di documento di identità valido (es.: carta di identità, passaporto, patente di guida, ecc.)
- Firmato e spedito per posta, da PEC o da email all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it
In tal caso dovrà essere allegata la fotocopia leggibile di un valido documento di identità (es.: carta di identità, passaporto, patente di guida, ecc.).
- Firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da PEC o da email all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Il pagamento previsto è di €10,00 (dieci euro) e può essere effettuato:

➤ **TRAMITE BONIFICO BANCARIO**, indicando:

- **BENEFICIARIO:** ASLCN1 (Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Mondovì e Savigliano)
- **CODICE IBAN:** IT61F0306910213100000300023 Conto Tesoreria
- **BIC:** BCITITMM Banca S. Paolo
- **CAUSALE:** Cause di Decesso e Nominativo del Deceduto. (es. "Cause di decesso – Rossi Mario")

➤ **TRAMITE POS** con Carta di Credito o Bancomat, presso le seguenti strutture:

- **SISP CUNEO** -> presso gli sportelli siti al primo piano di Villa Santa Croce in Corso Francia, 10;
- **SISP FOSSANO** -> presso le casse dell'Ospedale SS Trinità in Via Ospedale Maggiore, 4;
- **SISP SALUZZO** -> presso le casse dell'Ospedale Civile in Via Spielberg, 58;
- **SISP SAVIGLIANO** -> presso le casse dell'Ospedale Civile SS. Annunziata in Via Ospedali, 9;
- **SISP MONDOVI'** -> presso le casse dell'Ospedale Regina Montis Regalis in Strada di San Rocchetto, 99.

MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA

Il certificato può essere:

- Ritirato di persona dal richiedente
- Ricevuto per posta, con spese a carico del richiedente
- Ritirato da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento d'identità e fotocopia del documento di identità del delegante.

TEMPO DI RISPOSTA:

Se sono disponibili i dati inviati dal Comune dove è avvenuto il decesso (circa 40 gg. dalla data di decesso), il certificato viene rilasciato entro 5 gg. lavorativi dalla data di protocollo generale di arrivo.

RIFERIMENTI

SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

CUNEO	C.so Francia, 10	12100 (CN)	Tel.: 0171/450382
FOSSANO	Via Lancimano, 9	12045 (CN)	Tel.: 0172/699237
MONDOVÌ	Via S. Rocchetto, 99	12084 (CN)	Tel.: 0174/676137
SALUZZO	Via del Follone, 4	12037 (CN)	Tel.: 0175/215613
SAVIGLIANO	Via Torino, 143	12038 (CN)	Tel.: 0172/240683

Pec: sisp@aslcn1.legalmailPA.it (contattabile da qualsiasi indirizzo di posta elettronica, anche non certificata).