

Alla Cortese attenzione dell'Utente

I dati richiesti con il modello di domanda allegato sono desunti dal registro nominativo delle cause di morte, istituito presso questa azienda ASSL, di cui all'art. 1 del D. P. R. 10/9/90 n. 285. Tali dati, trascritti dalla scheda di morte stabilita dal Ministero della Salute d'intesa con l'Istituto Nazionale di Statistica, hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche.

P.P. V.
(firma)

Al Direttore della S. C. Coordinamento
Registro Tumori e Centro Epidemiologico zonale
ATS Sardegna - ASSL Cagliari
P.zza De Gasperi, 2 – 09125 Cagliari

Il Sottoscritto.....
Nato a..... il
Residente in..... tel.....
In qualità di.....
Del fu Sig.
Nato a..... il
Residente in.....
Deceduto il in

CHIEDE

che gli venga rilasciato l'atto desunto dal **Registro Nominativo Causa di Morte**, tenuto da codesta Struttura Complessa.

Allega copia di ricevuta dell'avvenuto pagamento del costo della prestazione pari a € **26.00** presso uno sportello ticket della **ATS SARDEGNA - ASSL CAGLIARI**
Richiede n. copie

Dichiara di essere stato informato che i dati richiesti potranno essere utilizzati solo per finalità Sanitarie, Epidemiologiche e Statistiche.

..... li,

In Fede

.....

N. B. l'attestazione di causa di morte deve essere richiesta dal parente più diretto tra gli esistenti in vita. In caso di impossibilità a ritirarlo personalmente, il richiedente potrà delegare altro soggetto, al quale il documento verrà consegnato in busta chiusa.