

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 ASL, 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 Sanità d'intesa con L'Istituto Nazionale di Statistica, hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche.

P.P.V.

(Firma)

AL Direttore del Servizio Igiene e Sanità
Azienda USL n° 8
Cagliari

Il Sottoscritto.....

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

Residente in.....tel.....

In qualità di.....

Del Sig.....

Nato in..... il.....

Residente in.....

Deceduto il..... in.....

CHIEDE

Che venga rilasciato l'atto desunto dalla scheda relativa alla causa di morte, come dal Registro Nominativo Causa di Morte di codesta Azienda USL.

Allega versamento di E. 8,78 sul C/C Postale n° 21780093, intestato a:
AZIENDA U.S.L. N° 8- SERVIZIO TESORERIA BNL-CAGLIARI.

Dichiaro di essere stato informato che i dati da me richiesti hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche.

Cagliari,.....

In Fede

N.B. Il certificato delle cause di morte deve essere richiesto dal familiare più diretto tra quelli esistenti in vita. Qualora il richiedente sia impossibilitato a ritirare personalmente il certificato, potrà delegare per iscritto un altro familiare al quale il certificato sarà consegnato in busta chiusa.