

Il/ la sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

delega il/la signor \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a

residente in \_\_\_\_\_ al ritiro del "Certificato Cause di Morte"

relativo al/ alla signor \_\_\_\_\_ nato/ a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ deceduto/ a il \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

ALLEGATI :

- RICEVUTA VERSAMENTO C/C EURO 8,78
- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO

Data \_\_\_\_\_

Firma del delegante

\_\_\_\_\_