

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara</p>	<p>DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA Direttrice: Dott.ssa Clelia De Sisti Registro Mortalità Referente aziendale: Dott.ssa Annalisa Califano Per informazioni tel. 0532 235227 – 0532 235270 E-mail: dirdsp@ausl.fe.it</p>
--	--

RICHIESTA SCHEDA DI MORTE ISTAT

Il presente modulo può essere trasmesso mediante E-mail o PEC all'indirizzo dirdsp@pec.ausl.fe.it oppure presentato presso la sede del Dipartimento di Sanità Pubblica - Ufficio Protocollo dipartimentale - sito a Ferrara in Via Boccacanalè di S. Stefano n. 14/E.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il _____
residente a _____ () CAP _____ in via/piazza: _____ n. _____
Tel.: _____, C.F. _____, PEC: _____

(N.B.: la PEC deve essere quella personale del richiedente; in caso contrario, è necessario compilare la delega a pag. 2)

Avendone diritto in qualità di (compilazione obbligatoria):

- erede legale
- erede testamentario (si allega atto notarile)
- altro (specificare): _____ (si allega documentazione attestante tale qualità)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

CHIEDE

il rilascio di copia della **scheda di morte ISTAT**

di _____ nato/a _____ il _____
residente in vita a: _____ ()
CAP _____ in via/piazza: _____ n. _____
deceduto/a a: _____ () il _____

per la seguente motivazione (compilazione obbligatoria):

- scopi pensionistici / assicurativi
- altro (specificare): _____

e pertanto, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., allega copia di un documento d'identità in corso di validità.

Ho preso visione dell'informativa consultabile al sito <https://www.ausl.fe.it/amministrazione/la-privacy-nellazienda-unita-sanitaria-locale-di-ferrara> e sono informato/a che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Luogo e data: _____

Il/La Richiedente

(Firma leggibile e per intero)

RITIRO (in caso di delega, compilare la pag. 2)

Data di ritiro: _____ Firma: _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA
Direttrice: Dott.ssa Clelia De Sisti
Registro Mortalità
Referente aziendale: Dott.ssa Annalisa Califano
Per informazioni tel. 0532 235227 – 0532 235270
E-mail: dirdsp@ausl.fe.it

DELEGA PER IL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE RISERVATA

La presente delega può essere trasmessa mediante E-mail o PEC all'indirizzo dirdsp@pec.ausl.fe.it oppure presentata tramite incaricato al momento del ritiro, allegando un documento di riconoscimento del delegante.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il _____
residente a _____ () CAP _____ in via/piazza: _____ n. _____ Tel.: _____, C.F. _____ identificato/a mediante documento d'identità, allegato in copia

DELEGA

il/la sig./ra _____ nato/a a: _____ il _____,
identificato/a mediante _____ (C.I., patente di guida, ecc.) n. _____
rilasciato in data _____ da _____ Tel.: - _____, C.F. _____

(allegare copia del documento d'identità del delegato)

al ritiro di persona

- alla ricezione a mezzo PEC, all'indirizzo _____
- alla ricezione a mezzo posta, all'indirizzo: comune _____ via/piazza: _____ n. _____

di copia della scheda di morte ISTAT relativa a

sig./ra _____ nato/a _____
a: _____ il _____ residente in
vita a: _____ () CAP _____ in via/piazza: _____ n. _____
deceduto/a a: _____ () il _____

Ho preso visione dell'informativa consultabile al sito <https://www.ausl.fe.it/amministrazione/la-privacy-nellazienda-unita-sanitaria-locale-di-ferrara> e sono informato/a che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Luogo e data: _____

Il/La Delegante

(Firma leggibile e per intero)