



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

A.S.L. TO4 - Dipartimento di Prevenzione

S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Sede di: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE :**

del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in vita a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Si richiede il certificato cause di morte per il seguente motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

## DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Grado di parentela con il defunto/a \_\_\_\_\_

Dichiarazione sostitutiva di certificazione art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

Data .....

Firma .....