

Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica
ASL RM 6

**MODULO PER LA RICHIESTA AUTENTICATA DI COPIA SCHEDA DI MORTE ISTAT
(mod.D4/D5)**

Il sottoscritto _____ nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

CAP _____ recapito telefonico (cell/fisso) _____ / _____

RICHIEDE

Copia della SCHEDA DI MORTE (mod. ISTAT D4/D5) sig./ra _____

nato/a il _____ deceduto/a _____

il _____ residente in vita a _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, il sottoscritto, consapevole in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, delle sanzioni penali previste all'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

- Di aver il seguente grado di parentela con il defunto:

coniuge

genitore

figlio/a

fratello/sorella

Altro familiare, specificare _____

- Inoltre che non sussistono motivi ostativi al ritiro da parte di eventuali controinteressati.

Delego alla richiesta del documento il Sig. _____

Data _____

Firma _____

N.B.

- "Informativa ai sensi del D.Lgs 10 agosto 2018 n. 101. I dati riportati sul presente foglio sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e saranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque nel rispetto dei principi sanciti nel Regolamento UE 2016/679 (GDPR)".
- La richiesta deve essere accompagnata da un documento di riconoscimento del richiedente e, in caso di delega, della persona delegata.
- LA COPIA DEL MODELLO ISTAT VERRA' INVIATA PER MEZZO DI RACCOMANDATA CON RICEVUTA DI RITORNO ALL'INDIRIZZO INDICATO NELLA RICHIESTA, O CONSEGNATA A MANO ALL'INTERESSATO O SUO DELEGATO.

ALLEGATO A

Cosa viene rilasciato:

copia autenticata del modello ISTAT contenente l'indicazione della causa di decesso (causa iniziale, causa intermedia, causa terminale).

Chi può richiederlo:

i parenti diretti del deceduto (coniugi, genitori, figli, fratelli) o Enti Pubblici.

Cosa allegare:

1. il modulo compilato in stampatello in tutte le sue parti
2. copia del documento di riconoscimento del richiedente o della persona delegata

Come inoltrare la richiesta:

1. all' indirizzo PEC del Servizio Igiene Pubblica: vedi allegato B
2. per posta: ASL Roma 6 Servizio Igiene Pubblica Borgo Garibaldi n. 12 00041 Albano Laziale
3. personalmente presso: vedi allegato B.

ALLEGATO B

A chi inoltrare la richiesta:

PEC: sisp@pec.aslroma6.it

Distretto 1

Comuni: Frascati, Graottaferrata, Monte Porzio Catone, Monte Compatri, Colonna, Rocca di Papa, Rocca Priora.

Sede: Frascati via Enrico Fermi n. 3
Tel. 06/93274476 Fax: 06/93274478
Dirigente: Dott.ssa Franca Mangiagli

Distretto 2

Comuni: Albano Laziale, Ariccia, Castelgandolfo, Genzano di Roma, Nemi, Lanuvio.

Sede: Ariccia c/o Ospedale Spolverini via delle Cerquette, n. 2
Tel. 06/93273772 Fax: 06/93273757
Dirigente: Dott. Daniele Gentile

Distretto 3

Comuni: Ciampino, Marino.

Sede: Frascati via Enrico Fermi n. 3
Tel. 06/93274476 Fax: 06/93274478
Dirigente: Dott.ssa Caterina Aiello

Distretti 4 - 6

Comuni: Pomezia, Ardea, Anzio, Nettuno
Sede: Pomezia via del Mare Km 19,600 Loc. Macchiozza
Tel. 06/93276103 Fax: 06/93276121
Dirigente: Dott. Roberto Giammattei

Distretto 5

Comuni: Velletri, Lariano
Sede: Velletri via San Biagio n. 5
Tel. 06/93272460 Fax: 06/93272443
Dirigente: Dott. Francesco Beato