

## RICHIESTA ATTESTAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

	<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b> Direttore.: <b>Dr. Pietro MAIMONE</b> Responsabile dell'istruttoria: <b>A.S. Maria Grazia DOGLIANI</b> Via Vida n. 10 – 12051 ALBA (CN) Tel. 0173/594507 - 316622 E-Mail: <a href="mailto:epidemiologia@aslcn2.it">epidemiologia@aslcn2.it</a> PEC: <a href="mailto:aslcn2@legalmail.it">aslcn2@legalmail.it</a>	Codice procedimento: 1/EPID
		Termine per provvedere: 20 gg. lavorativi dal ricevimento della scheda ISTAT da parte del Comune o dell'ASL dove è avvenuto il decesso, salvo interruzione dei termini per richiesta integrazione della documentazione
		Codice titolario: IV.2.04.03.01
Ulteriori informazioni su: <a href="http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/">http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/</a> Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Epidemiologia		

Il sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a

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

telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il rilascio, in carta semplice per gli usi consentiti dalla legge, dell'**attestazione delle cause di morte** di:

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente in vita a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

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

motivazione della richiesta: \_\_\_\_\_

e dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai fini dell'emissione della certificazione, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo 2016/679 del 27/04/2016 di seguito GDPR.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara di essere legittimato alla richiesta in quanto:

- erede legittimo del defunto
- erede testamentario del defunto
- altro (specificare) \_\_\_\_\_.

### INDICARE LA MODALITA' SCELTA PER IL RITIRO DEL CERTIFICATO

- Ritirato di persona dal richiedente presso la sede S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento attività di prevenzione – Via Vida, 10 – ALBA (Piano ammezzato)
- Spedito per posta elettronica certificata all'indirizzo \_\_\_\_\_
- Ritirato da persona delegata, previa esibizione di delega scritta.

Il/la sottoscritto/a desidera essere informato sul giorno in cui il certificato può essere ritirato:

SI  NO      Se SI, al numero tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

La certificazione non può essere rilasciata prima che questo Ufficio abbia ricevuto la scheda ISTAT dall'Ufficio di Stato Civile del Comune di decesso (circa 40 giorni dalla data del decesso).

data, \_\_\_\_\_

Il soggetto interessato

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

**Si allega:**

- 1. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'.**
- 2. DELEGA (SOLO IN CASO DI RITIRO DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE).**
- 3. COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL RICHIEDENTE E, IN CASO DI DELEGA, DEL DELEGATO.**
- 4. RICEVUTA DI PAGAMENTO DIRITTI SANITARI.**

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445- art. 15 L. 12.11.2011 n. 183)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000),

## D I C H I A R A

**Di essere nato/a** *il* \_\_\_\_\_ *a* \_\_\_\_\_  
giorno/mese/anno città prov.

**Di essere residente** *in* \_\_\_\_\_ *a* \_\_\_\_\_  
via/piazza città prov.

**Di essere**

*erede legittimo*

*erede testamentario*

*altro (specificare)* \_\_\_\_\_

*del/della Sig./Sig.ra* \_\_\_\_\_ *deceduto/a a*

*il* \_\_\_\_\_.

**Di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679 del 27/04/2016 di seguito GDPR.**

*Data*

*Il/la dichiarante*

.....  
.....  

*La dichiarazione non necessita di autenticazione; è sufficiente firmare ed allegare la fotocopia del documento di identità (nei casi di invio per posta o attraverso fax o e-mail) oppure apporre la propria firma davanti al dipendente addetto (art. 21 D.P.R. 445/2000). La dichiarazione, a parte casi residuali, è esente dall'imposta di bollo (art. 37 D.P.R. 445/2000).*

**La firma è stata apposta in mia presenza.**

**L'istanza è stata presentata unitamente a copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore.**

*Data*

*Il responsabile del procedimento*

## Delega presentazione e/o ritiro attestazione cause di morte

Il sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a

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

in qualità di:

erede legittimo del defunto

erede testamentario del defunto

altro (specificare) \_\_\_\_\_.

### DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a

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

a rappresentarla/o per la **presentazione e/o il ritiro della attestazione delle cause di morte** del/della

defunto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

deceduto/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

La raccolta dei dati personali per l'emissione della certificazione avviene nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679 del 27/04/2016 di seguito GDPR.

Data, \_\_\_\_\_

Il delegante

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

**Si allega fotocopia documento di identità in corso di validità del delegante e del delegato.**

## **Informativa**

PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi (art. 6 lett. e) del Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679 del 27/04/2016 di seguito GDPR

**Il titolare del trattamento** è l'ASL CN2, con sede in via Vida n. 10 – Alba (CN); [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) - tel. 0173.316111;

**Il Data Protection officer (D.P.O.)** è: Dott. Agostino Oliveri tel. 3487035239; [dpo@aslcn2.it](mailto:dpo@aslcn2.it).

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del GDPR, L'ASL CN2, con sede in, ALBA, Via Vida n. 10, in qualità di "titolare" del trattamento dei dati personali, fornisce le seguenti informazioni:

### **a. Finalità del Trattamento**

I dati personali sono raccolti e trattati nell'ambito delle funzioni istituzionali dell'ASL CN2 per le seguenti finalità:  
- accertamento dei requisiti previsti dalla legge per il rilascio della certificazione richiesta.

### **b. Modalità e Durata del Trattamento**

La gestione e la conservazione dei Suoi dati personali avviene presso le sedi delle Azienda sanitaria. I dati personali sono trattati da e sotto la responsabilità di professionisti soggetti al segreto professionale e al segreto d'ufficio; i soggetti che trattano i dati sono specificatamente incaricati a trattarli in qualità di autorizzati al trattamento.

L'Azienda persegue una politica di minimizzazione dei dati cercando il più possibile di contenerne l'utilizzo: i dati e la documentazione sono conservati per il tempo previsto dalla legge o dei massimari di conservazione e scarto, e comunque qualsiasi dato sarà utilizzato non oltre il raggiungimento delle finalità sopra indicate.

I dati da Lei rilasciati all'Azienda potranno essere utilizzati sia in modo manuale che informatizzato e saranno conservati in luogo idoneo ed in modo appropriato, tutelandone la riservatezza.

### **c. Natura del Conferimento Dei Dati**

Il conferimento dei dati è obbligatorio; il rifiuto comporterà l'impossibilità da parte dell'ASL CN2 di emettere la certificazione richiesta.

### **d. Comunicazione dei Dati**

I dati in possesso dell'Azienda saranno comunicati nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti ed alle finalità illustrate.

I Suoi dati non verranno trasferiti a terzi.

Potranno venire a conoscenza dei suoi dati, nel rispetto della normativa citata, i collaboratori, gli amministratori, i membri del collegio sindacale dell'A.S.L. CN2, in relazione alle funzioni svolte; nonché gestori di servizi informatici; servizi di consulenza, di controllo, nonché i responsabili del trattamento nominati ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 GDPR.

I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione.

L'elenco dei responsabili al trattamento dei dati è pubblicato sul sito internet dell'ASL CN2.

### **e. Diritti dell'interessato**

In qualsiasi momento, in forza dei diritti previsti dagli articoli 15 – 21 del GDPR, l'interessato può richiedere all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Via Vida, 10 – ALBA tel. 0173/316.626 l'accesso, la rettifica, la cancellazione, ad eccezione del caso in cui il trattamento sia necessario per il titolare, per l'esercizio dei diritti alla libertà di espressione e di informazione, per l'adempimento di un obbligo legale o per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse, a fini di archiviazione, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; diritto di limitazione del trattamento, diritto di opposizione, diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei Dati personali.

**RICHIESTA PAGAMENTO DIRITTI SANITARI PRESSO SPORTELLI CUP**

(Sedi e orari di apertura degli sportelli:

<https://www.aslcn2.it/media/2013/11/Nuovi-orari-sportelli-2021-19-10.pdf>)

UTENTE: Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

**PRESTAZIONI EFFETTUATE**

Codice n. 7116	ATTESTAZIONE CAUSE DI MORTE	€	12,00	CAD
<b>TOTALE</b>				

Alba, \_\_\_\_\_

RISERVATO ALLA CASSA

IL COMPILATORE _____	QUIETANZA N° _____
----------------------	--------------------

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE <b>S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento attività di prevenzione.</b> Responsabile: <i>Dott.ssa Laura Marinaro</i>	Totale € _____
--	----------------

**COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO DEI DIRITTI SANITARI  
DI EURO 12 PAGABILI TRAMITE BONIFICO BANCARIO:**

**INTESA SAN PAOLO  
Filiale di Alba, Viale Vico 5  
Intestato a: ASL CN2 Alba Bra  
IBAN IT89X 03069 22540 100000300027**

**A FAVORE DI: ASL CN2 ALBA - BRA**

**CAUSALE: ATTESTAZIONE CAUSE DI MORTE**

**CODICE PRESTAZIONE: N. 7116.**

**RESTITUIRE LA RICEVUTA DI PAGAMENTO**