

RICHIESTA ATTESTAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE S.S.D. Epidemiologia, Promozione Salute e Coordinamento attività di Prevenzione Responsabile: Dott.ssa Laura Marinaro Responsabile dell'istruttoria: A.S. Maria Grazia DOGLIANI Via Vida n. 10 – 12051 ALBA (CN) Tel. 0173/594507 E-Mail: epidemiologia@aslc2.it PEC: aslc2@legalmail.it	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: <http://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> 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:

☐ SÌ ☐ NO Se SÌ, 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); aslc2@legalmail.it - tel. 0173.316111;

Il Data Protection officer (D.P.O.) è: Dott. Giuseppe CANNELLA tel. 3356894333 - 0276398404; giuseppe.cannella@lexlecis.com.

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/2026/04/Orari-cup-per-sito.pdf>)

UTENTE: Sig. / Sig.ra _____

PRESTAZIONI EFFETTUATE

Codice n. 7116	ATTESTAZIONE CAUSE DI MORTE	€	12,00	CAD
TOTALE				

Alba, _____

RISERVATO ALLA CASSA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento attività di prevenzione. 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