



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE MESSINA  
Via Giuseppe La Farina, 263/n - 98123 Messina  
C.F.03051870834

## Richiesta certificato necroscopico

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... via ..... n. ....

telefono ..... Email .....

richiede

il rilascio del certificato necroscopico del/la sign./ra .....

nato/a il ..... deceduto/a ..... il .....

e residente in vita a .....

da utilizzarsi per il seguente motivo .....

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 avere il seguente grado di parentela con il defunto:

coniuge  genitore  figlio/a  fratello/sorella

altro specificare .....

N.B. "informativa ai sensi dell'art.10 Legge 31/12/1996: i dati riportati sulla presente richiesta 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 di riservatezza contenuti nella Legge n. 675/96

Messina, ..... Firma .....

Certificato rilasciato il ..... al signor/ra .....

identificato con documento ..... rilasciato dal .....

il ..... Firma .....