

MODULO PER RICHIESTA SCHEDA DI MORTE ISTAT (MOD. D4/D5)

ASP di Vibo Valentia
U.O. Affari Generali e Assicurativi
Epidemiologia - Registro Cause di Morte

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Recapito telefonico (cell./fisso) _____ / _____

RICHIESTE

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

nato/a il _____ deceduto/a a _____

il _____ e 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 avere il seguente grado di parentela con il defunto/a:

- coniuge genitore
 figlio/a fratello / sorella
 Altro familiare specificare _____

Delego alla richiesta del documento il Sig. _____
Luogo e data _____ Firma _____

• "Informativa ai sensi dell'art.10 della Legge 31/12/1996 n° 675: 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 di riservatezza contenuti nella legge n° 675/96."

Alla richiesta va allegato

- Richiesta di accesso agli atti, come da allegato al presente modulo;
- Documento di riconoscimento del richiedente e, in caso di delega, della persona delegata;
- Copia del versamento su conto corrente postale intestato ad ASP Vibo Valentia n. 84905397 o copia del bonifico bancario Tesoreria ASP Vibo Valentia **IBAN: IT47Q0100542830000000218010**
BNL VV
L'importo da pagare è euro 5,00 entro i primi 5 anni dal decesso per diritti di ricerca, euro 15,00 dopo i cinque anni + 0,75 a facciata per riproduzione, non dovuti se l'invio avviene per EMAIL (PEC)
CAUSALE: diritti di ricerca + costo di riproduzione
- **La documentazione deve essere inviata via PEC: aspvibovalentia@pec.it**
- **PER INFORMAZIONI: 0963962987**

Doc. richiedente Tipo _____ N° _____ Ril _____

Doc. delegato Tipo _____ N° _____ Ril _____

Firma _____

Allegato C - Accesso formale

Al Direttore dell'U.O. Affari
Generalidell'Azienda Sanitaria
Provinciale
Via Dante
Alighieri89900
Vibo Valentia

Oggetto: Richiesta di accesso ai documenti amministrativi - L.241/1990 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ___ / ___ / ___ a _____ Prov. ___
telefono n. _____ telefax n. _____ e-mail _____

in qualità di

- diretto interessato
- legale rappresentante _____ (a)
- altro (tutore, curatore, etc..) _____ (a)
- delegato da parte di _____ (b)

(a) allegare documentazione

(b) allegare delega, anche in carta semplice, accompagnata da copia del documento di identità del delegante

Chiede

ai sensi della L. 241/1990 e s.m.i.:

- di prendere visione
- di estrarre copia
- di estrarre copia conforme

dei seguenti documenti:

1. _____
2. _____
3. _____

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità, di essere titolare di un interesse diretto concreto e attuale all'esercizio del diritto d'accesso in quanto:

_____ (Specificare interesse ed allegare eventuale documentazione giustificativa)

Rimane in attesa di conoscere l'esito della richiesta e, in caso di accoglimento, di essere informato sulle modalità concrete di esercizio del diritto di accesso (ufficio, orari, responsabile del procedimento, costi, etc...).

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste nel caso di dichiarazione mendace, attesta la veridicità di quanto sopra riportato e dichiara di essere a conoscenza che l'A.S.P. di Vibo Valentia, qualora dall'esame della richiesta riscontri l'esistenza di controinteressati, è tenuta, ai fini della decisione in ordine all'esercizio del diritto di accesso, a darne comunicazione agli stessi.

Luogo e Data

Il Richiedente
