

Direzione Sanitaria
Governare Clinico

Servizio di Epidemiologia
Registro di Mortalità

Al Responsabile del Registro provinciale di mortalità

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a: _____ il _____

residente a: _____ in via/piazza: _____ n. _____

avendone diritto in qualità di

- erede legale
- erede testamentario (si allega atto notarile)
- altro:

per la seguente motivazione: _____

CHIEDE

Che gli venga rilasciata, in carta libera per gli usi consentiti dalla legge, n. _____ copia/e di:

- attestazione delle cause di morte
- fotocopia autenticata scheda di morte ISTAT (Mod. D4/D5)

di _____

nata/o a: _____ il _____

residente a _____

in via/piazza: _____ n. _____

deceduta/o a: _____ il _____

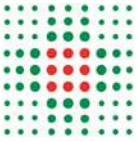
Chiedo che l'acquisizione della certificazione avvenga mediante la seguente modalità:

invio alla casella di posta elettronica certificata: _____

invio alla casella di posta elettronica non certificata: _____
(previa comunicazione di un codice di accesso tramite sms al numero di cellulare sottoindicato)

invio per raccomandata a/r al seguente indirizzo: _____

ritiro presso la sede di: _____
(indicare la sede prescelta: Reggio Emilia, Castelnovo ne' Monti, Correggio, Guastalla, Montecchio Emilia, Scandiano)



Desidero essere informato telefonicamente sul giorno da cui il certificato può essere ritirato presso una delle Vostre sedi:

NO SI

Se sì, al numero: _____ cell: _____

Tale comunicazione deve essere data solo al richiedente: NO SI

DELEGA (facoltativo)

a rappresentarla/o

- per la presentazione
- il ritiro della attestazione delle cause di morte

relativa al/alla Sig./Sig.ra:

nata/o a: _____ il _____

deceduta/o a: _____ il _____

mio/mia: _____ (relazione intercorrente) _____ (cognome e nome)

nato a: _____ il: _____

residente a: _____ in via: _____ n. _____

identificata/o mediante documento di riconoscimento allegato: _____

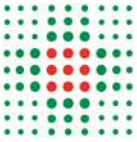
Entrambi sono informati ed autorizzano la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.Lgs. 196/2003

Luogo e Data: _____

Il Delegante

Il richiedente dichiara:

di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del DPR. 445/2000 di essere informato ed autorizzare la raccolta dei dati per l'emissione della certificazione richiesta ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679**



Data _____

In fede

(firma leggibile e per esteso)

La presente dichiarazione viene autenticata ai sensi dell'art. 21 DPR. 445/2000

Azienda USL di Reggio Emilia, Servizio _____

Il richiedente allega il seguente documento di riconoscimento:

rilasciato da: _____ il _____

Luogo e data: _____

Il pubblico ufficiale

NB: l'attestazione non può essere rilasciata prima del 30° giorno del mese successivo a quello del decesso e viene, di norma, rilasciata al massimo in 5 giorni lavorativi.

*** Sedi presso cui la certificazione può essere
richiesta o ritirata:**

- Servizio di Epidemiologia, Pad. Ziccardi, Via Amendola 2, Reggio Emilia
- Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Montecchio Emilia - Via Saragat, 11
- Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Guastalla - Piazza Matteotti, 4
- Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Correggio - Piazzale San Rocco, 4
- Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Scandiano - Via Martiri della Libertà, 18
- Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Castelnovo Monti - Via Roma, 26

*tramite posta elettronica certificata all'indirizzo servizioepidemiologia@pec.ausl.re.it a mezzo posta
all'indirizzo del nostro Servizio*

**** Informativa sul trattamento dei dati personali – art. 13 GDPR 2016/679**

I dati dichiarati saranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento della richiesta e per le finalità strettamente connesse ad essa. Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici. I dati non verranno comunicati a terzi. Il conferimento dei dati è facoltativo: la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è l'impossibilità ad emettere il certificato richiesto.

In qualunque momento potrà richiedere l'accesso ai propri dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge, si può chiedere la limitazione del trattamento dei dati ed esercitare i diritti previsti dal Regolamento Europeo GDPR 2016/679.

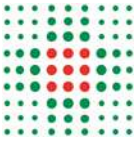
A tal fine è possibile presentare apposita istanza al Responsabile della Protezione dei Dati dell'Azienda, scrivendo all'indirizzo dpo@ausl.re.it.

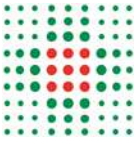
Il responsabile del procedimento è il Responsabile del Registro di mortalità.

Ricorrendone i presupposti, è possibile anche presentare un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.

Il Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Reggio Emilia - IRCCS, con sede in Reggio Emilia, via Amendola n.2, 42122 - info@pec.ausl.re.it.

Ogni altra informazione relative al trattamento dei dati personali dell'Azienda UsI di Reggio Emilia-IRCCS è rinvenibile sul sito web www.ausl.re.it/privacy.





Dichiarazione sostitutiva di atto notorio

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a: _____ il _____

residente a: _____ Prov. _____

in via/piazza: _____ n. _____

DICHIARA CHE

Il/ La Sig. _____

è deceduto a _____ il _____ e

di essere:

- erede legale
- erede testamentario (si allega atto notarile)
- altro (specificare _____)

Lì _____

Il/la dichiarante: _____

Il Pubblico Ufficiale

La presente dichiarazione è contestuale all'istanza di richiesta di rilascio di attestazione delle cause di Morte, rivolta in data al Medico Responsabile della tenuta del Registro provinciale di mortalità dell'Azienda USL di Reggio Emilia e pertanto ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000 le modalità di presentazione della domanda sono:

personalmente o tramite incaricato, allegando copia di un documento di riconoscimento, presso il nostro Servizio o presso le seguenti sedi del Servizio Igiene e Sanità Pubblica Dipartimento di Sanità Pubblica:

Montecchio Emilia - Via Saragat, 11
Guastalla - Piazza Matteotti, 4
Correggio - Piazzale San Rocco, 4
Scandiano - Via Martiri della Libertà, 18
Castelnovo Monti - Via Roma, 26

via mail: info.epi@ausl.re.it

tramite posta elettronica certificata all'indirizzo servizioepidemiologia@pec.ausl.re.it a mezzo posta all'indirizzo nella pagina precedente

Informativa sul trattamento dei dati personali – art. 13 GDPR 2016/679

I dati dichiarati saranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento della richiesta e per le finalità strettamente connesse ad essa. Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici. I dati non verranno comunicati a terzi. Il conferimento dei dati è facoltativo: la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è l'impossibilità ad emettere il certificato richiesto.

In qualunque momento potrà richiedere l'accesso ai propri dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge, si può chiedere la limitazione del trattamento dei dati ed esercitare i diritti previsti dal Regolamento Europeo GDPR 2016/679. A tal fine è possibile presentare apposita istanza al Responsabile della Protezione dei Dati dell'Azienda, scrivendo all'indirizzo dpo@ausl.re.it.

Ricorrendone i presupposti, è possibile anche presentare un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste. Il Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Reggio Emilia - IRCCS, con sede in Reggio Emilia, via Amendola n.2, 42122 - info@pec.ausl.re.it Ogni altra informazione relative al trattamento dei dati personali dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS è rinvenibile sul sito web www.ausl.re.it/privacy.