

Marca da
Bollo
Euro 16,00

SPETT/LE
A.S.L.
Della Provincia di VARESE

Distretto di AZZATE (VA)
Fax. 0332/455067 - Tel. 0332/459626

Io sottoscritta

nata a _____ il _____
residente a _____ in _____ -
Tel. _____ Cod. Fisc. :

Identificata con documento di riconoscimento ,

preso atto della responsabilità penale nella quale posso incorrere a norma dell'art. 26 della Legge 04.01.1968 n. 15 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4 della Legge citata,

DICHIARO

- Di essere congiunto e legittimo erede : moglie del defunto sotto generalizzato
- Di essere altro legittimo erede

e con la presente richiedo l'attestazione delle cause di morte del defunto di seguito generalizzato:

nome del defunto : _____ cognome del defunto : _____
nato a _____ il _____
residente in vita a _____ in _____ Via _____
deceduto a _____ il _____

tale documentazione viene richiesta per i seguenti motivi :

- Uso pensione
- Uso assicurativo
- Uso giudiziario
- Uso bancario
- Altro uso (specificare) _____

Sumirago li _____

Firma Leggibile

Si allega Copia Carta d'identità per l'identificazione -

Per il ritiro di quanto sopra richiesto presso il Distretto di Azzate consegnare :

- N. 1 Marca da Bollo Euro 16,00
- Ricevuta di Versamento di Euro 21,00 c/c postale n. 10852218 intestato : ASL PROVINCIA DI VARESE - causale: Richiesta attestazione cause di morte