Richiesta copia conforme CERTIFICATO DECESSO

RICOVERO: CERTIFICATO DECESSO □ con causa □ senza causa □ n° copie
Protocollo riscontro diagnostico □

Vercelli,

AL DIRETTORE
S.C. DIREZIONE MEDICA
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC
13100 VERCELLI

Il sottoscritto nato il deceduto il
Ricoverato presso il Reparto:
Dal al

Presidio ospedaliero: Vercelli □ Borgosesia □

Recapito telefonico:
Chiede che venga rilasciata copia conforme all'originale di quanto sopra relativa al ricovero sopra indicato.

RICHIEDENTE:

L'erede con assenso degli altri eredi (ove esistano)
(vedi allegato atto sostitutivo Atto Notorio o autocertificazione):
Cognome e nome
Grado di parentela
Motivazione richiesta

▶ Firma del richiedente _____
Documento d'identità:
n° rilasciato dal Comune di

IN CASO DI IMPOSSIBILITA' DELL'INTERESSATO AL RITIRO:

Delego al ritiro il Sig.
Documento d'identita':
n° rilasciato dal Comune di

▶ Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

Si richiede spedizione al seguente indirizzo (pagamento contrassegno):
Sig./a
Via / Piazza
Citta' cap. Prov.

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.