 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Richiesta certificato di morte (SOE.MO.2763.00).doc
		pag1/3

RICHIESTA CERTIFICATO CAUSE DI MORTE

Spett. A.S.L. "VC" di VERCELLI
 Servizio Osservatorio Epidemiologico – Dipartimento di Prevenzione
aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it
 Largo Giuseppe Giusti 13
13100 VERCELLI (VC)

Oggetto: richiesta rilascio **certificazione delle cause di morte**

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ (_____) il _____
 residente a _____ (_____) C.A.P. _____
 in _____
 recapito telefonico _____

CHIEDE IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

di: (compilare con i dati del defunto)

Nome e cognome _____
 nato/a a _____ (_____) il _____
 residente a _____ (_____) in _____
 deceduto a _____ (_____) il _____

si allega:

- 1) attestazione di versamento di:**
€ 12, 00 per certificato;

su c/c intestato a:


A.S.L. VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI SERVIZIO TESORERIA
 c/o BIVERBANCA
 IBAN IT-07-K-06085-10316-0000-50505105

o in alternativa sul c/c postale n° **10259133**
 con causale: **SISP - DIRITTI SANITARI**

- 2) copia fotostatica documento di identità.**

- 3) dichiarazione sostitutiva** dell'atto di notorietà attestante il grado di parentela e uso del documento (*parte integrante del modulo*)

Stesura: Dott.ssa Lepri-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021	Verifica: Dott.ssa Barale-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021	Autorizzazione: Dott.ssa Barale-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021	Emissione: Dott.ssa Barale-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Richiesta certificato di morte (SOE.MO.2763.00).doc
		pag2/3

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679

Gentile Sig.ra/Sig., ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 la informiamo che il **Titolare del trattamento dei dati** personali è rappresentato dal Direttore Generale pro-tempore e-mail direttore.generale@aslvc.piemonte.it, il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e verranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici per le finalità istituzionali che rientrano nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale, per fornire prestazioni e servizi di cui necessita e per cui si è rivolto all'ASL VC.

Si precisa che il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto la mancanza degli stessi non consente l'espletamento del procedimento.

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti se non specificatamente autorizzati a riceverli nei casi previsti dalla Legge 7/8/1990 n. 241 e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (ex art. 71 Legge 445/2000), né saranno oggetto di diffusione.

Il **Responsabile del trattamento dei dati** è contattabile all'indirizzo dpo@aslvc.piemonte.it

La informiamo, infine, che ai sensi degli articoli previsti dal Capo III del GDPR Lei potrà esercitare in ogni momento i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, il diritto alla portabilità dei dati e il diritto di opposizione inviando una mail all'indirizzo ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it o per posta all'indirizzo: S.C. GESTIONE AFFARI ISTITUZIONALI – UFFICIO PROTOCOLLO C.so M. ABBIATE n° 21 - 13100 VERCELLI.

Inoltre, ha il diritto di presentare reclamo al Garante della privacy o di ricorrere all'autorità giudiziaria, di ottenere l'elenco completo ed aggiornato di tutti i soggetti Responsabili e autorizzati al trattamento dei Suoi dati personali.

L'informativa completa è disponibile al link:


<http://www.aslvc.piemonte.it/tutela-e-partecipazione/tutela-della-privacy>

IL RICHIEDENTE

Luogo e data _____

(firma leggibile)

Stesura: Dott.ssa Lepri-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021	Verifica: Dott.ssa Barale-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021	Autorizzazione: Dott.ssa Barale-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021	Emissione: Dott.ssa Barale-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Richiesta certificato di morte (SOE.MO.2763.00).doc
		pag3/3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ il _____
(luogo) (prov)
residente a _____
(luogo) (prov)
in Via _____ n. _____

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

Sono consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda Sanitaria Locale VC di Vercelli in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda Sanitaria Locale VC di Vercelli, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

Luogo e data, _____

IL DICHIARANTE

Stesura: <i>Dott.ssa Lepri-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021</i>	Verifica: <i>Dott.ssa Barale-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021</i>	Autorizzazione: <i>Dott.ssa Barale-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021</i>	Emissione: <i>Dott.ssa Barale-Servizio Osservatorio Epidemiologico-Giugno 2021</i>
--	--	--	---