

Prot. n° \_\_\_\_\_ (\* a cura dell'Ufficio)

Il \_\_\_\_\_

**AI SERVIZIO DI IGIENE, EPIDEMIOLOGIA  
E SANITA' PUBBLICA  
SEDE DI L'AQUILA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Il rilascio del certificato delle cause di morte relativo a**

Sig. /Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Grado di parentela con il defunto: \_\_\_\_\_

Estremi documento di identità: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_