

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 _____