



**Al Medico Responsabile della tenuta del  
Registro di Mortalità**

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il ...../...../.....  
residente a .....  
in Via /piazza ..... n. ....  
recapito telefonico.....  
avendone diritto in qualità di erede legale/testamentario:

***CHIEDE***

che gli venga rilasciata, in carta libera per gli usi consentiti dalla legge, attestazione delle cause di morte  
di:.....  
nato/a a ..... il ...../...../.....  
residente a .....  
deceduto/a a ..... il ...../...../.....

Il/la richiedente dichiara:  
di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo  
quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000

....., li .....

In Fede

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile e per esteso)

La presente dichiarazione viene autenticata ai sensi dell'art. 21 DPR 445/2000

Io sottoscritto attesto che la dichiarazione su estesa è stata resa in mia presenza dal/la dichiarante sopra  
generalizzato/a ed identificato/a mediante:

.....

rilasciato da: .....il ...../...../.....

Il Funzionario incaricato

\_\_\_\_\_