



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## RICHIESTA DI CERTIFICATO ATTESTANTE LE CAUSE DI MORTE

Al Direttore dell'U.O.C.  
Igiene e Sanità Pubblica  
ASP POTENZA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il rilascio del certificato necroscopico attestante le cause di morte quali risultanti dalla scheda Istat  
del/della defunto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_  
deceduto/a nel Comune di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Allega:

- 1) Copia di un documento di identità in corso di validità
- 2) Attestazione di versamento di euro 10.00 su c/c n. 001031703331 intestato ad ASP Potenza

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_