Al Direttore della U.O.C.

Epidemiologia, Prevenzione e

 Registro Tumori

ASL Avellino

Il/ la sottoscritto/a …………………………………………….…………………… nato/a a ………………………..…………

Il ……………………………….. e residente in …………………………………………………………………………………………..

alla Via ………………………………………………………............... doc. ric/to …………………………………………………….

**CHIEDE**

Il rilascio di una certificazione dalla quale si evinca la causa di morte di suo/a ………………………………..

Cognome: …………………………………………………..……………. Nome: ……..………………………………………………….

Nato/a il …………………………………………… a: ………………………………………………………………………………………

Deceduto/a il ………………………………………. A ………………………………………………………………………………………

Residente in vita a : …………………………………………………………………………………………………………………………

Il/la sottoscritto/a autorizza a l trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/2003 e

 successive modifiche ed integrazioni.

Data: ……………………………………… Firma ………………………………………………

 Li ……………………………….

Per ricevuta

Firma …………………………………………………………….