

Servizio Igiene e Sanità Pubblica — Medicina Legale

ASSL SANLURI

09025 SANLURI

Oggetto: Richiesta Certificato Necroscopico.

Il Sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ prov.____, residente in _____
via/piazza _____ cap _____
telef/cell. _____
grado di parentela con il deceduto: _____
Motivo della richiesta: _____

CHIEDE

che venga rilasciata certificazione relativa a _____ nato/a
a _____ prov.____ il _____ Residente a _____ e
deceduto/a in data _____ a _____ prov. _____

firma

Sanluri _____

Si allega alla presente:

- ricevuta di versamento di **€ 26.00** sul **c/c postale n. 01058744648- entrate varie-** intestato a: **ASSL 6 Medio Campidano** e avente come causale *“Rilascio certificato necroscopico”*
- copia del documento di identità del richiedente.

La richiesta deve essere inviata all'indirizzo e mail : igiene.pubblica@aslmediocampidano.it

N.B. Consegnato in data ____/____/____ al richiedente sig. _____