

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a..... il.....  
residente a..... via..... n.....  
telefono..... indirizzo mail.....  
documento d'identità..... numero..... dd.....

### CHIEDE

Di ottenere il certificato necroscopico relativo a:

cognome e nome.....  
nato/a a..... il.....  
deceduto/a a..... il.....

a tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000: "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

- consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"
- consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente

### DICHIARA

Di essere **EREDE** in quanto:

- coniuge  figlio/a  
 genitore  altro (specificare)  
 erede testamentario (allegare documentazione)

Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Trieste,

IL DICHIARANTE