



AUTOCERTIFICAZIONE DI MORTE DI UN FAMILIARE

(Art. 2 Legge 4/1/1968 N. 15 come modificato dall'art. 3 comma 10, L. 127/1997)

Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____)
(luogo) (provincia)

il _____
(data)

DICHIARA

che _____
(cognome e nome del genitore, del coniuge o del figlio/a)

nato a _____ (_____)
(luogo) (provincia)

il _____
(data)

è deceduto a _____ (_____)
(luogo) (provincia)

il _____
(data)

(data)

(firma *)

** la firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione non deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato*