

**ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA**  
**ASSESSORATO REGIONALE SANITA', SALUTE**  
**E POLITICHE SOCIALI**  
 Servizio Invalidità Civile  
 Loc. Grand Chemin, 4  
 11020 SAINT CHRISTOPHE (AO)  
 Tel. 0165/273111 – fax 0165/274626

## Dichiarazione sostitutiva della **CERTIFICAZIONE DI DECESSO**

(art. 30 della legge regionale 19/2007)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

nella sua qualità di:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rappresentante legale | <input type="checkbox"/> tutore                     |
| <input type="checkbox"/> curatore              | <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno |
| <input type="checkbox"/> procuratore           | <input type="checkbox"/> erede/congiunto            |

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 39 della legge regionale 19/2007)

### DICHIARA

che il/la Sig./a \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**è decedut\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_  
 (allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto)

## AVVERTENZE

**La presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 35 della legge regionale 19/2007, deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità o di riconoscimento dell'interessato.**

Ai sensi dell'articolo 33 della legge regionale 19/2007, l'Amministrazione procede a idonei controlli, anche a campione e in ogni caso quando sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate.

Ai sensi dell'articolo 39, comma 1, della legge regionale 19/2007, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla sopraccitata legge, nonché l'esibizione di documenti di riconoscimento contenenti dati che hanno subito variazioni dalla data di rilascio, sono puniti ai sensi delle leggi vigenti in materia.

<b>QUADRO A</b>	<p><b>Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare.</b></p> <p>Ai sensi dell'articolo 36, commi 2 e 3, della legge regionale 19/2007, la dichiarazione <b>di chi non sa o non può firmare</b> è raccolta dal dipendente competente a riceverla, previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il dipendente addetto attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.</p> <p>Si attesta che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./ra ..... .....identificato/ mediante ..... il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.</p> <p>Data ..... Firma del funzionario incaricato .....</p>
<b>QUADRO B</b>	<p><b>Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare.</b></p> <p>Ai sensi dell'articolo 36, comma 4, della legge regionale 19/2007, la dichiarazione nell'interesse di chi si trova in una situazione di <b>impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute</b> è sostituita dalla dichiarazione, recante l'espressa indicazione dell'impedimento, resa al funzionario dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, previo accertamento dell'identità del dichiarante (<i>allegare fotocopia di documento d'identità non scaduto</i>).</p> <p>Si attesta che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./ra ..... ..... identificato/a mediante ..... il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di ..... che il/la sig./ra ..... ha il seguente impedimento temporaneo a firmare .....</p> <p>Data ..... Firma del funzionario incaricato .....</p>