

Direzione Sanitaria  
Dipartimento Di Igiene E Prevenzione Sanitaria  
SC Igiene, Sanità Pubblica, Salute - Ambiente  
Equipe Territoriale Igiene 3 - Garda  
Piazza Donatori di Sangue n.1 - **Leno**  
mail: [igienegarda@ats-brescia.it](mailto:igienegarda@ats-brescia.it)

CL. 1.7.01

### RICHIESTA COPIA SCHEDA ISTAT MODELLO D4

Il/La sottoscritt... \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

nat.... a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Comune di Nascita)

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ C.A.P. |\_\_|\_|\_|\_|\_|  
(Comune di Residenza)

Cell. |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| - Mail \_\_\_\_\_

#### DICHIARA DI ESSERE

- Erede legittimo: indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_
- Delegato (allegare modulo per la delega e carta di identità del delegante)
- Tutore (allegare copia dell'atto di nomina)
- Perito d'ufficio (allegare copia conferimento incarico ed autorizzazione all'acquisizione di documentazione sanitaria da parte del giudice)

del defunt.... Sig. /Sig.ra. \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

nat.... a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Comune di Nascita)

residente in vita a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_  
(Comune di Residenza)

decedut.... a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Comune di decesso)

Codice Fiscale |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### RICHIEDE

che la copia della scheda ISTAT modello D4 ad uso \_\_\_\_\_  
sia ritirata tramite:

- consegna a mano
- raccomandata A/R (spese a carico del destinatario - comunicare l'indirizzo se diverso dalla residenza)
- invio PEC: \_\_\_\_\_

#### Allegati da presentare:

1. copia documento di identità in corso di validità del richiedente
2. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
3. eventuale altra documentazione (vedi soggetto delegato, tutore o perito d'ufficio)

#### Diritti sanitari

Prima della trasmissione/consegna della scheda Istat, se dovuto, sarà comunicato l'importo dei diritti sanitari spettanti il cui versamento dovrà effettuarsi esclusivamente sul portale PagoPA.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt.... \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

nat.... a \_\_\_\_\_ (Comune di Nascita) ( ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Prov.

residente a \_\_\_\_\_ (Comune di Residenza) ( )  
(Prov)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamato dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

o di essere erede di \_\_\_\_\_

oppure

o di essere coerede di \_\_\_\_\_ e di agire per nome e per conto degli altri coeredi

oppure

altro \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incarico, oppure a mezzo posta.