



AUTOCERTIFICAZIONE DI MORTE  
(Art.46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Matricola n° \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ a tempo pieno/ part-time n. ore \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

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

**DICHIARO**

che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
è deceduto il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( )

grado di parentela:

- Coniuge
- Convivente con  
Patto di convivenza
- Parte Unione Civile

**Parenti entro il 2° grado:**

- Genitore
- Figlio/a
- Nonno/a
- Nipote (figlio del figlio/a)
- Fratello/sorella

**Affini entro il 1° grado:**

- Suocero
- Genero/Nuora
- Patrigno/Matrigna
- Figliastri

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_