



**FONDAZIONE
OSPEDALE CIVILE
DI GONZAGA**

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/ La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

In Via _____ N. _____

In qualità di (indicare il grado di parentela con il defunto)

Del defunto Sig. / Sig.ra

D I C H I A R A

CHE GLI EREDI DI _____

Nato a _____ il _____

SONO TUTTI INDICATI QUI DI SEGUITO:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Il Dichiarante

Allegato: Certificato di Morte in carta libera.