

In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Domanda di prenotazione del servizio di cremazione

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune								
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

in qualità di

Ruolo (*)

Ruolo (*):

coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto, incaricato dell'impresa di onoranze funebri

CHIEDE

la prenotazione del servizio di cremazione

<input type="radio"/>	del cadavere
<input type="radio"/>	dei resti mortali o resti ossei

del defunto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune								
Luogo del decesso		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune								
Data del decesso				Ora del decesso					

per la seguente data

Data richiesta

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il materiale del feretro è

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| <input type="radio"/> | legno e barriera |
| <input type="radio"/> | cellulosa e barriera |
| <input type="radio"/> | legno e zinco |
| <input type="radio"/> | altro (specificare) |

che la dimensione del feretro è

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> | di misura standard |
| <input type="radio"/> | fuori misura (specificare) |

che il peso del feretro è

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> | superiore a 150 kg |
| <input type="radio"/> | inferiore a 150 kg |

che l'involucro

- | | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | è autorizzato dal Ministero della Sanità |
| <input type="radio"/> | non è autorizzato dal Ministero della Sanità |

che il decesso è avvenuto

- | | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | non a causa di malattia infettiva |
| <input type="radio"/> | a causa di malattia infettiva, pertanto |
| | allega certificazione dell'autorità sanitaria competente di avvenuto trattamento |

che i parenti

- | | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | saranno presenti durante la cremazione |
| <input type="radio"/> | non saranno presenti durante la cremazione |

che il cadavere

- | | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> | non è portatore di protesi metalliche |
| <input type="radio"/> | è portatore di protesi metalliche |

che il cadavere

- | | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | non è portatore di stimolatore cardiaco o altro apparecchio elettromedicale a batteria |
| <input type="radio"/> | era portatore di stimolatore cardiaco o altro apparecchio elettromedicale a batteria ma tale apparato è già stato espantato in funzione della cremazione |

che, relativamente agli ornamenti metallici del feretro

- | | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | acconsente che gli stessi siano asportati dal personale del forno crematorio per il successivo smaltimento |
| <input type="radio"/> | provvederà alla asportazione degli stessi presso la camera mortuaria, preventivamente al trasporto del feretro al forno crematorio |

DICHIARA INOLTRE

- che al momento della chiusura del feretro, nessun altro oggetto a batteria era presente nel corredo funerario
- di essere stato informato che la presenza degli oggetti sopra indicati può provocare danneggiamenti anche rilevanti alla struttura dell'impianto crematorio e che per eventuali danni verrà chiamato al rimborso delle spese sostenute e documentate

COMUNICA INOLTRE

che per il ritiro delle ceneri è stato incaricato

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

in qualità di

Ruolo

la documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
in qualità di									
Ruolo									
Denominazione/Ragione sociale					Tipologia				
Sede legale									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA				
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

pertanto allega copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente

pertanto allega copia del documento d'identità del sottoscritto

Ruolo ():*

titolare, legale rappresentante o incaricato

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- certificazione dell'autorità sanitaria competente di avvenuto trattamento
- copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente

Messina		
Luogo	Data	Il dichiarante