

Al Direttore f.f. U.O.C. Medicina Legale
Azienda ULSS 9 Scaligera
Via Salvo D'Acquisto n. 7
37122 VERONA

Pec: prevenzione.aulss9@pecveneto.it

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE TRASPORTO E SEPPELLIMENTO/CREMAZIONE PRODOTTO ABORTIVO

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....Prov.....
il.....residente a..... Prov.....in via.....
documento d'identità n.....rilasciato da.....
il.....tel.....cellulare.....email.....
preso atto della possibilità contemplata dal DPR n° 285/1990, art. 7 e dalla LR n. 18/2010 art. 25 così come
modificato dalla L.R. n. 45/2017 in materia di prodotti del concepimento

DICHIARA

di voler provvedere, a propria cura e spese, anche eventualmente avvalendosi di Ditta di Onoranze Funebri autorizzata all'esercizio dell'attività, al trasporto/cremazione-trasporto/seppellimento del prodotto di concepimento/prodotto abortivo

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

all'Azienda ULSS 9 Scaligera - U.O.C. Medicina Legale:

- al trasporto/cremazione
 al trasporto/seppellimento

presso il Cimitero di Prov.....

del prodotto di concepimento/prodotto abortivo partorito morto
il.....presso..... nel Comune
di.....Prov.....

Si impegna a corrispondere il pagamento di ciò che attiene il servizio funebre, il trasporto funebre attinenti alla tipologia di sepoltura/servizio richiesto.

Verona,

In fede

.....

Allegati:

1. mandato/delega dei familiari o degli aventi diritto alla Ditta di Onoranze Funebri incaricata al trasporto;
2. copia di un documento di identità in corso di validità;
3. certificato medico rilasciato dallo specialista che ha seguito l'espulsione o estrazione, riportante la presunta età gestazionale ed il peso del prodotto abortivo;
4. attestazione versamento di € 31 da effettuare tramite bonifico bancario, indicando la causale e l'ex ULSS di competenza alle seguenti Coordinate : IT 97E0503411751000000123973