

AI COMUNE DI MARCIANISE

Ufficio Cimitero

OGGETTO: Art.7 del regolamento di polizia mortuaria nazionale, approvato con D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285.

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER IL SEPPELLIMENTO DI PRODOTTI ABORTIVI O DI FETI

Il/La sottoscritt_____

nat__ a _____ il __.__.__, residente a _____ (2)

in qualità di _____ (3)

CHIEDE

ai sensi dell'art. 7, comma 4 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, l'autorizzazione per il seppellimento di:

prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete;

feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di vita uterina, avendo accertato che non sono stati dichiarati come nati morti all'ufficiale dello stato civile;

prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane;

espulsi/estratti da _____ (4)

nata a _____ il _____ (atto n. _____._____._____._____)

residente a _____ (5)

in data _____ ore ____.

La presente comprende anche l'autorizzazione al trasporto da _____

a _____ .

Allega:

certificato medico indicante la presunta età di gestazione e il peso del feto;

_____ .

_____ li _____

IL RICHIEDENTE

In caso di domanda presentata da impresa di onoranze funebri, indicare di seguito:

Autorizzazione di cui all'art. 1 L. 11 giugno 1971, n. 426, rilasciata dal Comune di _____ il
___.___.____ ;

Licenza di cui all'art. 115 T.U.LL.PS. rilasciata dalla Questura di _____ il __.__.____.

Si attesta che la persona che richiede il trasporto e le altre pratiche connesse, nonché l'incaricato del trasporto sono: titolare familiare coadiuvante dipendente di questa Ditta.

L'IMPRESA (firma e timbro dell'impresa)

(1) Indicare l'ufficio o servizio.

(2) Indicare l'indirizzo completo.

(3) Indicare, a seconda dei casi, "parente (indicandone il grado)", "genitore", "incaricato dell'impresa di onoranze funebri ... (indicarne la denominazione) ...", ecc..

(4) Indicare il cognome e nome della gestante.

(5) Indicare l'indirizzo completo, ove conosciuto.