

	Amministrazione destinataria Regione Sardegna Ufficio destinatario Ufficio	
--	---	--

Domanda di prenotazione del servizio di cremazione

Il sottoscritto							
Cognome			Nome			Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza	
Residenza							
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato
							<input type="checkbox"/>
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 (M/F)	Luogo di nascita	
Residenza in vita				
Provincia	Comune		Indirizzo	
Civico		CAP		
Luogo del decesso				
Provincia	Comune		Indirizzo	
Civico		CAP		
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 le ceneri saranno destinate a

<input type="radio"/>	tumulazione
<input type="radio"/>	dispersione
<input type="radio"/>	affidamento

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

<input type="checkbox"/> che per il ritiro delle ceneri è stato incaricato									
Cognome			Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
in qualità di									
Ruolo									

<input type="checkbox"/> 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	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

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	certificazione dell'autorità sanitaria competente di avvenuto trattamento
<input type="checkbox"/>	copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità del sottoscritto <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	Il dichiarante