



Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n° _____

identificato mediante C.I. n° _____ rilasciata dal comune di _____ il _____

In qualità di _____

richiede il ricorso alla pratica funeraria della Cremazione.

A U T O R I Z Z A

- Il Medico Necroscopo
- Azienda Sanitaria Locale
- Presidio Ospedaliero
- Azienda Ospedaliera
- Casa di Cura

ad eseguire i prelievi così come disposto a norma dell'art. 3, comma 1, legge 30 marzo 2001 n° 130 "l'obbligo per il medico necroscopico di raccogliere dal cadavere e conservare per un periodo minimo di 10 anni, campioni di liquidi biologici" sul cadavere di: _____

nato a _____ il _____

residente a _____ alla via _____ n° _____

identificato mediante C.I. n° _____ rilasciata dal Comune di _____

il _____ e deceduto il _____ alle ore _____

I prelievi verranno eseguiti dopo che il Medico Necroscopo tra le 15 e le 30 ore dal decesso abbia rilasciato il certificato necroscopico, che esclude cause di morte diversa da quelle naturali, e autorizza il seppellimento del cadavere. Eseguiti i prelievi nel luogo di accertamento necroscopico, garantita la catena di custodia, sarà cura dell'ASP competente per territorio la custodia per almeno 10 anni.

Il Sig. _____ Acconsente al prelievo Non acconsente al prelievo

..... li/...../..... FIRMA

N.B. Non acconsentire al prelievo non consente di ottenere il nulla osta alla pratica funeraria della cremazione

I prelievi sono stati eseguiti il giorno/...../..... alle ore in _____

via _____

Il Medico Necroscopico

.....
Timbro e firma del medico