

**Al gestore della camera mortuaria
del Presidio Ospedaliero di _____**

NOME DEL DEFUNTO:	COGNOME DEL DEFUNTO:
DATA DEL DECESSO:	NUMERO DI REGISTRO: <i>(campo da compilare a cura del gestore della camera mortuaria)</i>

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____,
preso atto che, ai sensi del regolamento per operatori necrofori dell’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord”, è vietata la vestizione delle salme al personale delle ditte di onoranze funebri,

- dichiara che i familiari provvederanno autonomamente alla vestizione del defunto identificato in epigrafe
- chiede che la vestizione del defunto identificato in epigrafe venga effettuata dalla ditta incaricata della gestione della camera mortuaria, che provvederà a rilasciare la relativa ricevuta fiscale/fattura di € 100,00 IVA esente.

Data, _____

Firma leggibile e per esteso
