

**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
