

DOMANDA PER ESUMAZIONE, ESTUMULAZIONE E TRASLAZIONE

marca
da
BOLLO

AL COMUNE DI ORTONA DEI MARSI (AQ)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/ a a _____

il ____/____/____ residente in _____ via _____

c. f.: _____ in qualità di _____

tel. _____

CHIEDE

ai sensi degli artt. 82 e s.s. del D.P.R. 285/90 l'autorizzazione a svolgere le seguenti operazioni
(contrassegnare le operazioni interessate e indicare se trattasi di lavori ordinari o straordinari)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ESUMAZIONE | <input type="checkbox"/> ORDINARIA |
| <input type="checkbox"/> ESTUMULAZIONE | <input type="checkbox"/> STRAORDINARIA |
| <input type="checkbox"/> TRASLAZIONE | |

defunto: _____ grado di parentela: _____

sepolto nel cimitero di: _____ deceduto in data: _____

causa del decesso: _____

motivo operazione: _____

PROVENIENZA: CAMPO _____
 LOCULO TEMPORANEO _____
 LOCULO PERPETUO O GRUPPO FAM. _____
 TOMBA FAMIGLIA _____
 FOSSA N. _____ FILA N. _____

DESTINAZIONE, una volta verificato lo stato della salma da parte del medico igienista

- INUMAZIONE quinquennale per mineralizzazione:
CAMPO _____ FOSSA N. _____
- Raccolta resti mortali in cassetta per tumulazione:
 LOCULO TEMPORANEO N. _____
 LOCULO PERPETUO _____
 LOCULO OSSARIO _____
 TOMBA FAMIGLIA N. _____
 TRASLAZIONE NEL CIMITERO DI: _____
- Trascorso un anno dall'esumazione, deposizione nell'ossario comune.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza: che la presenza del medico sanitario è necessaria per tutte le estumulazioni, traslazioni (escluse le traslazioni da loculi ossari) e per le esumazioni straordinarie, a fronte delle quali L'Azienda U.S.L. n. 1 richiede il versamento sul c/c postale n. 13727672(intestato a ASL n. 1 Dip. Prevenzione con la la causale) della quota dovuta per la prestazione del medico igienista di € 60,00. Che in caso di richiesta ai necrofori, di apertura di tomba di famiglia, deve essere rilasciata al Comune una dichiarazione di scarico responsabilità per danni a persone o cose.

IL RICHIEDENTE PRIMA DI PROCEDERE A QUALSIASI OPERAZIONE DEVE ESSERE IN POSSESSO DEL DECRETO DI AUTORIZZAZIONE EMESSO DAL SINDACO

Il, ____/____/____

IL RICHIEDENTE

COMUNE DI ORTONA DEI MARSI

Provincia L'Aquila

VISTO :

*Si trasmette al Dirigente medico del Dipartimento di Prevenzione
per il relativo NULLA OSTA*

Dalla Residenza municipale, li ____/____/____

IL SINDACO

TIMBRO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N. 1

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO DI IGIENE EPIDEMIOLOGICA E SANITA' PUBBLICA

Vista la causa di morte e le condizioni del feretro:

NULLA OSTA ALL'OPERAZIONE ALLE SEGUENTI CONDIZIONI:

- che si accerti che il trasferimento del feretro in altra sede avvenga senza pregiudizio per la salute pubblica, secondo le indicazioni contestualmente poste in sede di apertura del tumulo dal dirigente medico incaricato;**
- che tutti i rifiuti eventualmente prodotti nel corso delle operazioni vengano smaltiti a norma di legge.**
- eventuali prescrizioni:**

_____, li ____/____/____

IL DIRIGENTE MEDICO

A CURA DEL NECROFORO

Firma dei famigliari se presenti allo svolgimento delle operazioni:

li, ____/____/____

firma del necroforo a lavori eseguiti