

	Amministrazione destinataria Regione Basilicata Ufficio destinatario Ufficio protocollo	
--	--	--

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	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
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

☐	del cadavere
☐	dei resti mortali o resti ossei

del defunto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza in vita										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Luogo del decesso										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	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

☐	legno e barriera
☐	cellulosa e barriera
☐	legno e zinco
☐	altro (specificare)

che la dimensione del feretro è

☐	di misura standard
☐	fuori misura (specificare)

che il peso del feretro è

☐	superiore a 150 kg
☐	inferiore a 150 kg

che l'involucro

☐	è autorizzato dal Ministero della Sanità
☐	non è autorizzato dal Ministero della Sanità

che il decesso è avvenuto

☐	non a causa di malattia infettiva
☐	a causa di malattia infettiva, pertanto
	allega certificazione dell'autorità sanitaria competente di avvenuto trattamento

che i parenti

☐	saranno presenti durante la cremazione
☐	non saranno presenti durante la cremazione

che le ceneri saranno destinate a

☐	tumulazione
☐	dispersione
☐	affidamento

che il cadavere

☐	non è portatore di protesi metalliche
☐	è portatore di protesi metalliche

che il cadavere

☐	non è portatore di stimolatore cardiaco o altro apparecchio elettromedicale a batteria
☐	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

☐	acconsente che gli stessi siano asportati dal personale del forno crematorio per il successivo smaltimento
☐	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

☐ 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	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
in qualità di										
Ruolo										

☐ 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	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
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**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐	certificazione dell'autorità sanitaria competente di avvenuto trattamento
☐	copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente
☐	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>
☐	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante