

Allegato 2

Richiesta autorizzazione

PARTE RISERVATA ALL'IMPRESA DI ONORANZE FUNEBRI

Ricevuto il mandato dal Sig/Sig.ra _____

L'Impresa di Onoranze Funebri (*specificare nome e sede*)

comunica che il funerale per la salma (*nome e cognome*)

si terrà il giorno _____, alle ore _____,

e si impegna ad osservare il regolamento aziendale della Camera Mortuaria.

Data, _____

L'incaricato dell'Agenzia
(Firma per esteso e leggibile e Timbro)

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE MEDICA DI P.O.

Si autorizza L'Impresa di Onoranze Funebri (*specificare nome*)

ad entrare nella Camera Mortuaria del P.O. dell'ASP di CROTONE per eseguire il servizio funebre nel rispetto del regolamento aziendale della Camera Mortuaria.

Data, _____

Il Direttore Medico di Presidio
Firma (per esteso e leggibile) e timbro