

Alla Direzione Sanitaria dell'A.S.L. N: _____

La sottoscritta _____
(nome e cognome del richiedente)

domiciliata a _____ in via _____
_____ chiede che il suo bambino, al quale
desiderava dare il nome di _____,
venga sepolto individualmente secondo le disposizioni di Legge (DPR n. 285 del
10.9.1990, art. 7, commi 3 e 4).

Data

Firma

Allegato: n.1 certificato medico.

Per ricevuta in Reparto: _____
(data e firma)

Per ricevuta in Direzione Sanitaria: _____
(data e firma)