Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA E DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO NECROSCOPICO

RICHIESTA DI SEPOLTURA PRODOTTO ABORTIVO O FETO

Alla Direzione Sanitaria
Presidio Ospedaliero di
.....

La sottoscritta
nome .....cognome.....
nata a ..... il .....
residente in ..... (.....), via ..... n. ...

chiede

che il prodotto abortivo/feto espulso/estratto il .....
sia avviato alla seguente sepoltura a propio carico:
□ inumazione presso il cimitero di .....
□ tumulazione presso il cimitero di .....
□ cremazione
Allo scopo allega il certificato medico attestante la presunta età gestazionale e il peso.

....., lì .....

firma

.....

Nulla osta al trasporto e al seppellimento

del prodotto abortivo o feto sopra indicato dal Presidio Ospedaliero di ..... al Cimitero di ..... per inumazione / tumulazione / cremazione.
....., lì .....

Il Direttore Sanitario

.....

Per ricevuta:

Direzione Sanitaria
.....

Onoranze funebri incaricate
.....

Q