

DICHIARAZIONE/ATTESTAZIONE DI ASSENZA PROTESI ELETTROALIMENTATE E/O RADIONUCLIDI¹

Al Comune di Firenze
P.O. Stato Civile
Ufficio Denunce di Morte
Piazza Signoria
50122 - Firenze

Il/La/I sottoscritto/a/i (cognome e nome, luogo e data di nascita di ogni dichiarante):

.....
.....
.....
.....
.....

ai fini del rilascio dell'Autorizzazione alla Cremazione

in qualità di²:

medico curante

medico necroscopo

familiari³

ATTESTA/ATTESTANO⁴:

che il/la defunto/a (cognome e nome)

morto/a in Firenze in data

non era portatore di protesi elettro-alimentate o, in presenza di radionuclidi oppure in eventuale presenza di queste, che le stesse sono state rimosse.

..... Luogo Data Firma e timbro del Medico (specificare se curante o necroscopo) o firma dei familiari aventi titolo
.....
.....
.....
.....

N.B. In caso di dichiarazione resa dai familiari allegare copia di un documento identificativo in corso di validità di ogni familiare dichiarante.

Il documento identificativo deve contenere la firma del/la dichiarante

¹ Regolamento di polizia mortuaria del Comune di Firenze approvato dal Consiglio Comunale con deliberazione n. 53 del 28 ottobre, art. 12
² Barrare con una **X** la casella che interessa
³ Legge 30 marzo 2001, n. 130 articolo 3, comma 1, lettera b), n. 3
⁴ Regolamento di polizia mortuaria del Comune di Firenze approvato dal Consiglio Comunale con deliberazione n. 53 del 28 ottobre, art. 12. Decreto del Presidente della Repubblica. del 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 38 e 46 e 47, 75 e 76

