



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE ENNA
U.O.C. MEDICINA LEGALE, FISCALE E NECROSCOPICA

mail Enna: medicinalegale.enna@asp.enna.it
mail Nicosia: medicinalegale.nicosia@asp.enna.it
Pec: medicinafiscale.enna@pec.asp.enna.it

mail Piazza Armerina: medicinalegale.piazza@asp.enna.it
mail Agira: medicinalegale.agira@asp.enna.it

AGENZIA DI ONORANZE FUNEBRI

CHIEDE

il rilascio del certificato medico necroscopico

Per il defunto _____

C.F. _____

_____, li _____

FIRMA

- Diritti sanitari per Certificato Necroscopico **NON PREVISTI (PRESTAZIONE LEA)**
- Diritti sanitari per trasporto regionale **€ 52,00 – COD. AM354**
- Diritti sanitari per cremazione regionale **€ 116,00 – COD. AM355**
- Diritti sanitari per cremazione fuori regione **€ 64,00 – COD. AM357**

I DIRITTI SANITARI SONO DA PRENOTARE AL CUP E PAGARE O AL CUP O TRAMITE LOTTOMATICA CON PAGOPAY O CBILL TRAMITE BANCA UTENTE O APP CELLULARE

MODELLO PER DELEGA

Il/la sottoscritt _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

prov. _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ cap _____

cod. Fisc. n. _____

doc. Identità _____ n. _____

rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

in qualità di _____

DELEGA

l'Agenzia di Onoranze Funebri

al disbrigo documentazione Sanitaria per il seppellimento del defunto:

N.B.

Allegare documento di riconoscimento de delegante

Data _____

Firma
