



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867  
RICHIESTA TUMULAZIONE FETI/PRODOTTI ABORTIVI

rev 0.0 2023

**DIREZIONE MEDICA**  
**PRESIDIO OSPEDALIERO DI .....**

Spett.le Comune di

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ richiede

il seppellimento di n. \_\_\_\_\_ prodotti abortivi/feti stante l'assenza di richiesta da parte dei parenti di inumazione/tumulazione singola.

il seppellimento di \_\_\_\_\_  
di sesso M F

della sig.ra \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

L'evento è avvenuto in data \_\_\_\_\_ presso la Sala Parto dell'ospedale  
di \_\_\_\_\_

Il Direttore Medico di Presidio

\_\_\_\_\_