



Spett.le Comune di \_\_\_\_\_

Al fine di dare degna sepoltura, pregasi ritirare la/e seguente/i parte/i anatomica/che amputata/e in data \_\_\_\_\_

al / alla sig/sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Ospedale di \_\_\_\_\_

Il Direttore medico di presidio  
\_\_\_\_\_