



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
