



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867  
**LETTERA INCARICO ONORANZE FUNEBRI**

rev 0.0 2023

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

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

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

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

In \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Documento di identità (tipo) \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

del defunto/a:

(cognome, nome e data di nascita) \_\_\_\_\_

**DELEGA**

L'Agenzia di onoranze funebri

\_\_\_\_\_

Al disbrigo delle pratiche per il seppellimento del sopracitato defunto e autorizzo i rappresentanti della stessa al ritiro della salma negli orari e nelle modalità stabilite dalla Direzione medica dell'ospedale di

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegare copia del documento di identità del delegante