



rev 0.0 2023

Alla DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO DI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

e residente in _____

via/piazza _____ n. _____

identificato mediante Carta Identità n° _____ rilasciata da _____ il _____

in qualità di _____

del/la sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

e residente in _____

via/piazza _____ n. _____

identificato mediante Carta Identità n° _____ rilasciata da _____ il _____

deceduto/a in data _____ presso _____

RICHIESTE

il ricorso alla pratica funeraria della **cremazione** e **pertanto acconsente ai prelievi** sul cadavere da parte del medico necroscopo come disposto dall'art.3, comma 1, legge 30 marzo 2001 n°130 (*"..l'obbligo per il medico necroscopo di raccogliere dal cadavere e conservare per un periodo minimo di 10 anni, campioni di liquidi biologici.."*).

I prelievi verranno eseguiti dopo che il Medico Necroscopo tra le 15 e le 30 ore dal decesso abbia rilasciato il certificato necroscopico, che esclude cause di morte diversa da quelle naturali, e autorizza il seppellimento del cadavere. Eseguiti i prelievi nel luogo di accertamento necroscopico, garantita la catena di custodia, sarà cura della Direzione medica di presidio competente la custodia per almeno 10 anni.

N.B. Non acconsentire al prelievo non consente di ottenere il nulla osta alla pratica funeraria della cremazione.

data _____

Il richiedente

I prelievi sono stati eseguiti il giorno _____ alle ore _____ presso _____

Il medico necroscopo (timbro e firma)
