

RICHIESTA DI TUMULAZIONE DEI FETI E DEI PRODOTTI ABORTIVI

La sottoscritta titolata a farlo nata a
..... il ____/____/____ residente in
Vian., sotto la propria responsabilità e consapevole
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445
del 28/12/2000

DICHIARA

che in data ____/____/____ presso la Clinica,
la sottoscritta ha effettuato un parto abortivo naturale di un feto alla° settimana di gestazione del peso di
gr., come da certificato medico allegato alla presente;

CHIEDE

pertanto, ai sensi del D.P.R. 285/90, art. 7, del il permesso di trasporto e di seppellimento del suddetto feto
presso il cimitero comunale di Bevagna.

Si dichiara di aver preso conoscenza della informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di
protezione dei dati personali.

..... li ____/____/____

Firma

.....
(Si allega fotocopia di documento di riconoscimento personale)