

Al Medico Necroscopo del Presidio Ospedaliero

\_\_\_\_\_

Il/La/I sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_ in qualità di

- ☐ erede legittimo (specificare \_\_\_\_\_)
- ☐ erede testamentario (specificare \_\_\_\_\_)
- ☐ altro (specificare \_\_\_\_\_)

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e deceduto/a a Roma il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità previste in caso di dichiarazioni non veritiere, richiede/ono il rilascio del certificato ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla cremazione, ai sensi di quanto previsto dall' art.3, comma I della Legge n.130/2001.

Si allegano fotocopie dei documenti di identità dei richiedenti in corso di validità e del defunto.

Roma, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_