



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1

DICHIARAZIONE DI SCELTA DELL'AGENZIA FUNEBRE

(VALIDA ANCHE COME AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO DI PARTE DEGLI OPERATORI DELLA DITTA NEI MODI E NEGLI ORARI PREVISTI)

Io sottoscritto	
Nato/a	
il	
Residente a	
In via n.	
cap.	
grado di parentela	
del defunto/a	
Documento di riconoscimento ____ N. (in corso di validità, da allegare anche in copia datato e firmato)	
Recapito telefonico	

CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE DERIVANTI DA DICHIARAZIONI FALSE E MENDACI CHE SARANNO PERSEGUITE NEI TERMINI DI LEGGE

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

In qualità di parente e/o erede del defunto/a	
nato/a a	
con residenza a	
in via	
ricoverato/a in questo ospedale	
c/o l'U.O. di	
di aver incaricato di comune intesa con tutti gli altri parenti aventi diritto la Ditta	
operante in	
alla via	

PER EFFETTUARE TUTTE LE OPERAZIONI PREVISTE DA LEGGI E REGOLAMENTI PER LO SVOLGIMENTO DEL RELATIVO SERVIZIO FUNEBRE.

N.B. Il personale dell'Agenzia Onoranze Funebri designata dal parente del Defunto/a quale incaricato per lo svolgimento del relativo Servizio. **POTRA' ACCEDERE NELLA STRUTTURA OSPEDALIERA ESCLUSIVAMENTE NEGLI ORARI PREVISTI(OSSIA DALLE 7 ALLE 18) SOLO DOPO AVER ACQUISITO TALE MODELLO DEBITAMENTE COMPILATO**, da rendere in visione agli operatori della Portineria per la relativa trascrizione sull'apposito registro.

Si rammenta che tale dichiarazione ha valore liberatorio dell'Amministrazione ed esprime una libera scelta. La scelta dell'Impresa Onoranze Funebri è di esclusiva competenza dei familiari.

Li _____

Firma _____ ora _____

MODULO F- Polizia Mortuaria