

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO E ALLA SEPOLTURA DI PRODOTTI ABORTIVI

 I **sottoscritt** _____
nato/a _____ il _____
stato di nascita _____ nazionalità _____
residente nel Comune di _____ C.A.P. _____
Via/P.zza/Corso _____ n. _____
Tel. _____ Documento di riconoscimento _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
in qualità di familiare (specificare) _____

oppure

 I **sottoscritt** _____
in qualità di Medico ginecologo che ha assistito all'espulsione del prodotto abortivo/feto presso
l'Ospedale _____

CHIEDE

il trasporto e la sepoltura presso il Cimitero di _____ del prodotto
abortivo/feto del peso di _____ e dell'età gestazionale di _____ estratto/espulso
alle ore _____ del _____ dalla Sig.ra _____
nata a _____ il _____
stato di nascita _____ nazionalità _____
e residente a _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

I genitori hanno manifestato la volontà di provvedere personalmente alla sepoltura:

SI NO

Si allega certificato medico attestante le condizioni di cui sopra (non necessario nel caso in cui il richiedente sia il medico che ha assistito all'espulsione).

Data _____ Firma (per esteso) _____

Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Dichiara in ultimo di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di essere informato/a che il conferimento dei dati personali è obbligatorio in base alla legge, regolamento, normativa nazionale o comunitaria che disciplina la prestazione e gli adempimenti connessi ed è indispensabile per l'istruzione, la gestione e la definizione della pratica o del procedimento da lei richiesto. Potrà reperire ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sul sito istituzionale dell'ASL CN1.

data _____ firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Ad autorizzare il trasporto e la sepoltura del prodotto abortivo/feto.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Familiare o Medico ginecologo che assiste all'espulsione

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo dovrà essere:

a) *Firmato dall'interessato e consegnato all'Ufficio delle sedi di S.C. Medicina Legale:*

Sede Centrale di CUNEO – C.so Francia 10

Tel. 0171-450.471 (orario 8,15 – 16,00)

e-mail: medicinalegale.cuneo@aslc1.it

Sede Periferica di MONDOVI' – Ospedale di Mondovì Via San Rocchetto, 99 – piano terra

Tel. 0174-676.389 (orario 8,15 – 16,00)

e-mail: medicinalegale.mondovi@aslc1.it

Sede Periferica di SAVIGLIANO – Via Torino 137

Tel. 0172-719.608 (orario 8,15 – 16,00)

e-mail: medicinalegale.savigliano@aslc1.it

b) *Firmato dall'interessato e spedito per posta o via mail*

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'autorizzazione, di norma, viene spedita tramite posta ordinaria al Comune territorialmente competente.