

## VESTIZIONE DELLA SALMA: MODALITA' PRESELTA

Io sottoscritto/a

(nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ | Prov. \_\_\_\_\_ | CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ | n. \_\_\_\_\_

telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_

familiare (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

di (nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

deceduto/a il \_\_\_\_\_

**BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE E SCRIVERE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

**DICHIARO DI VOLER PROCEDERE PERSONALMENTE ALLA VESTIZIONE DEL DEFUNTO, avvalendomi dell'ausilio di:**

1. (nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ | Prov. \_\_\_\_\_ | CAP \_\_\_\_\_

**CHE NON È NÈ DIPENDENTE NÈ COLLABORATORE DI ALCUNA IMPRESA ESERCENTE ATTIVITÀ FUNEBRI**

**DICHIARO DI VOLER DELEGARE ALLA VESTIZIONE DEL DEFUNTO:**

2. (nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ | Prov. \_\_\_\_\_ | CAP \_\_\_\_\_

3. (nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ | Prov. \_\_\_\_\_ | CAP \_\_\_\_\_

**CHE NON SONO NÈ DIPENDENTI NÈ COLLABORATORI DI ALCUNA IMPRESA ESERCENTE ATTIVITÀ FUNEBRI**

**RICHIEDO CHE LA VESTIZIONE DEL DEFUNTO VENGA EFFETTUATA DAGLI OPERATORI DELL'ASL, verso pagamento (mediante bancomat o carta di credito) presso i punti cassa aziendali di un corrispettivo di 50,00€.**

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso)

Firma 1 (per esteso) \_\_\_\_\_

Firma 2 (per esteso) \_\_\_\_\_

Firma 3 (per esteso) \_\_\_\_\_

**N.B. LE OPERAZIONI DI VESTIZIONE DA PARTE DI FAMILIARI O DELEGATI AVVIENE ALLA PRESENZA DEGLI ADDETTI ALLE CAMERE MORTUARIE INCARICATE DI CONTROLLARE IL CORRETTO UTILIZZO DEI D.P.I. (Dispositivi di Protezione Individuale), A CUI È FATTO DIVIETO DI COLLABORARE CON I FAMILIARI NELLE OPERAZIONI DI VESTIZIONE**

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).