

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE
(scrivere in stampatello leggibile)

Alla Direzione Medica IFO
direzionemedica@ifo.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____/ a _____ Prov.()

residente a _____ Prov () in via _____

Tel. _____ In qualità di _____
(figlio/coniuge/padre/madre/fratello/sorella) del defunto/a

Sig/Sig.ra _____ deceduto/a il ____/____/____/

RICHIEDA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Originale dell'Atto di Morte;
 Modello ISTAT;
 Certificato di Cremazione (si ottiene dopo la compilazione del Mod. 2).

OVVERO DELEGA

L'Agenzia Funebre _____ per l'organizzazione delle esequie.

Si allega al presente modello:

1. fotocopia Carta Identità/Patente in corso di validità con data e firma del richiedente
2. fotocopia Tessera Sanitaria con data e firma del richiedente.

In fede

Firma (leggibile)

Data / / /

(da compilare da parte dell'Agenzia Funebre)

L'Agenzia Funebre delega il Sig. _____

con documento n. _____ per il ritiro della documentazione richiesta.

In fede.

Timbro e firma

Data / / /

N.B. Il presente modello deve essere compilato in ogni sua parte