

RICHIESTA DI CREMAZIONE

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 _____

CHIEDE

che venga cremato/a secondo le sue volontà.

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

Data _____ / _____ / _____

Firma (leggibile)

N.B. Il presente modello deve essere compilato in ogni sua parte e l'originale deve essere consegnato a mano alla Direzione Medica IFO il giorno del ritiro della documentazione richiesta.