

RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CODICE DI CREMAZIONE

FAX/E-MAIL \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

**MODULO DI PRENOTAZIONE PER LA CREMAZIONE**

NOMINATIVO DEL DEFUNTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

DECEDUTO/A IL \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

CADAVERE     RESTI INCONSUNTI     OSSA     FETO

PERVERRA' IL GIORNO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_

**L'urna utilizzata sarà fornita  dal crematorio  dall'Impresa IOF**

LA FATTURA EMESSA SARA' INTESTATA A:

NOME E COGNOME/DITTA \_\_\_\_\_

RESIDENTE A/CON SEDE A \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/P.IVA 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma dell'intestatario

**P.S.: dopo l'emissione della fattura l'intestatario non potrà più essere modificato**

**DICHIARAZIONE ELETTROSTIMOLATORI**

*(da non compilare se cremazione di soli resti ossei)*

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

dichiara sotto la propria responsabilità che il defunto è privo di stimolatore cardiaco, di qualsiasi tipologia. E' consapevole che, in caso di dichiarazione mendace, gli saranno addebitati i danni arrecati all'impianto di cremazione provocati dall'eventuale scoppio e potrà essere perseguito a termini di legge.

Firma del dichiarante

**(allegare copia documento d'identità di chi firma)**