

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)