

An die Krankenhausleitung des Krankenhauses _____ in _____

Der/die Unterzeichnete _____ (*Name und Nachname des Antragstellers*)

wohnhaft in _____ (*Ort*)

Straße _____ (*Anschrift*)

stellt Antrag, dass das Kind, dem man den Namen _____

geben möchte, individuell und gemäß der bestehenden

Gesetzesvorschrift (DPR n. 285 vom 10.09.1990, Art.7, Absatz 3 und 4 (Betrifft
Italienisches Recht!))

beerdigt werde.

(*Datum und Unterschrift*)

Anlage Nr. 1: Ärztliche Bescheinigung