

Alla Direzione Sanitaria dell'A.S.L. n _____ di _____

Il/la sottoscritt _____ (*nome e cognome del richiedente*),

domiciliat _____ a _____ (*città*)

in via _____ (*indirizzo*)

chiede che il suo bambino, al quale desidera dare il nome di

_____ venga sepolto individualmente secondo le disposizioni di

Legge (DPR n.285 del 10.9.1990, art. 7, commi 3 e 4).

_____ (*data e firma*)

Allegato: n. 1 certificato medico.