



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

PRESIDIO OSPEDALIERO "G.F. INGRASSIA"

Direzione Medica di Presidio

Palermo li

Prot. N°

Volontà o Rifiuto di seppellimento per prodotto abortivo < 20 settimane di amenorrea e/o feto tra le 20 settimane e la 25 e 6 giorni

Alla Direzione Medica di Presidio
All'Ufficio Gestione Impianti Cimiteriali Comune di Palermo
All'UOC di Anatomia Patologica P.O. GF.Ingrassia

I sottoscritti Genitori, nata il..... a e nato il

a..... dichiarano

di volere provvedere alla tumulazione presso sepoltura privata o altro cimitero

di non volere provvedere alla tumulazione e delegano le strutture competenti del

Comune di Palermo alle procedure di seppellimento/cremazione

L'espulsione/parto è avvenuto in data presso l'UOC di Ostetricia e

Ginecologia, c.c. n°

Firma dei Genitori _____ documento n°

_____ documento n°

Firma del Medico

(All.19)