



MODULO VESTIZIONE DELLA SALMA

Io sottoscritto/a Cognome: _____ Nome: _____

CF: _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____

Indirizzo e-mail: _____

Familiare (specificare il grado di parentela) _____

di Cognome _____ Nome _____

deceduto/a il _____

DICHIARO DI VOLER PROCEDERE PERSONALMENTE ALLA VESTIZIONE DEL DEFUNTO avvalendomi dell'ausilio di:

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

che non è dipendente né collaboratore di alcuna impresa esercente attività funebre

Firma collaboratore _____

DICHIARO DI VOLER DELEGARE ALLA VESTIZIONE DEL DEFUNTO

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Firma delegato _____

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Firma delegato _____

che non sono dipendenti né collaboratori di alcuna impresa esercente attività funebre

DICHIARO DI VOLER DELEGARE ALLA VESTIZIONE DEL DEFUNTO GLI OPERATORI DEFINITI DALL'ASL CN2 (provvedere al pagamento del ticket come indicato nell'informativa – All. 1; i dati inseriti nel presente modulo verranno utilizzati come dati di fatturazione).

Note: _____

Data _____ Firma dichiarante _____

Le operazioni di vestizione da parte di familiari o loro delegati devono essere effettuate, per motivi di sicurezza, da due persone. Tali operazioni devono avvenire alla presenza degli operatori delle Camere Mortuarie, incaricati di verificare il corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, senza tuttavia intervenire nella procedura.

I dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679, dall'ASL CN2 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento. I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti.