



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° .....

## **Richiesta Autorizzazione al trasporto e seppellimento di nato morto; Feto ; Prodotto abortivo;**

Al Responsabile Cimiteriale Comune di Palermo

Si comunica che in data ..... alle ore ..... la sig.ra .....

nata a ..... il ..... e residente a ..... in via .....

[ ] ha partorito un nato morto

[ ] ha partorito un feto alla ..... settimana di amenorrea, di sesso.....del peso di gr. .... a cui doveva essere imposto il nome di .....

[ ] ha espulso un prodotto abortivo

Ne ha data comunicazione il/la Dr./Dr.ssa .....

Per quanto sopra si autorizza il trasporto ed il seppellimento presso il cimitero di .....

Firma del Medico

(All.14)