

**Oggetto: Richiesta di Ispezione Operazioni D'Incassatura Salma
D.P.R 10 settembre 1990, n.285**

Il/la sottoscritto/a _____
in qualità di incaricato/delegato I.O.F. _____ con sede in _____

Richiede, estradizione dall'Italia allo Stato _____

aderente convenzione di Berlino non aderente alla convenzione di Berlino

della salma di _____ deceduto/a il _____

nel Comune di _____

il trasporto sarà effettuato partendo da _____ con autofunebre

targato _____ autista incaricato e/o I.O.F. _____ e con traghetto

/aereo _____ fino al cimitero di _____

*A tal fine dichiara che il feretro rispetta l'art.30 del DPR 285/90 e
agli ART.18 e 25 del DPR 285/90 in caso di malattia infettiva e/o diffusa.*

Si richiede l'intervento presso _____

In data _____ alle ore _____

Trattamento Antiputrefattivo Si No

Data _____

Firma _____

Allega:

- Copia carta d'identità
- Copia scheda ISTAT
- Copia certificato necroscopico
- Autorizzazione alla Sepoltura e Autorizzazione per il trasporto rilasciata dal Comune
- attestato versamento diritti sanitari 82,65 € effettuato sul **C/C n° 82501008** intestato a:
ASL RM5 - Servizio Tesoreria Tivoli, **causale n° 37/41012** **Bonifico Bancario** su c/c
intestato ad ASL ROMA 5 IBAN: IT13K0200839452000006570071 cod. BIC SWIFT
UNICRITM1544 **Bonifico Postale** Codice IBAN:
IT45A0760103200000082501008. Nel caso di trattamento
antiputrefattivo
- attestato versamento diritti sanitari 31,00 € senza trattamento
antiputrefattivo