

	A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano	P_DSP_01
	Gestione decessi e Regolamento polizia mortuaria	
	Procedura generale	Pagina 28 di 28

Allegato 8_ modulo "Segnalazione amputazione parte anatomica riconoscibile"

Struttura di riferimento _____

Si dichiara che il Sig. _____ (nome) _____ (cognome)

Nato il _____ a _____

Residente _____ Via _____

è stato sottoposto alla seguente Procedura _____

in data _____ dal Dott. _____

Le parti anatomiche riconoscibili sono: _____

Il paziente è stato informato sulla possibilità di procedere in proprio all'inumazione/tumulazione della/e parte/i anatomica/che amputata/e e manifesta la volontà di

accettare

rinunciare (*)

a tale diritto

Data _____

Firma del Chirurgo _____ Firma del paziente _____

(*) N.B. La rinuncia comporta l'onere delle spese dell'inumazione/tumulazione a totale carico dell'interessato.