



Direzione Medica di Presidio

PO \_\_\_\_\_

**Azienda Ospedaliero - Universitaria  
Policlinico "G.Rodolico – S.Marco"  
Catania**

Rif n°. \_\_\_\_\_ Allegati N. \_\_\_\_\_

Catania, li .....

**Oggetto: richiesta ritiro parti anatomiche riconoscibili.**

Spett.le Comune di Catania  
Servizio Demografici – Stato Civile  
Uff. Registrazione Atti di Morte  
Fax 095 / 34.54.91  
95 100 CATANIA

Al fine di dare degna sepoltura, pregasi ritirare la/e seguente/i parte/i anatomica/che \_\_\_\_\_

Amputata/e in data \_\_\_\_\_ al / alla Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

nato / a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Il Direttore Medico del Presidio  
**Dr/ Dr.ssa** \_\_\_\_\_

