



Oggetto: consegna parti anatomiche riconoscibili.

- Al Direttore Medico

P.O. _____

SEDE

Al fine di darne degna sepoltura, si comunica che in data /____/____/____/ è stato amputato
(specificare arto o altro) _____

Sig. / Sig.ra _____ nato a _____

il _____ e residente in _____

via _____ ricoverata presso

l'U.O. _____ del P.O. _____

ed affetto/a da _____

Il Dirigente Medico
(1° Operatore)

Il Custode ricevente

Data ____/____/____/ ora ____/____/

