



**Azienda Energetica Municipale S.p.A.**  
Via Persico, 31 - 26100 CREMONA  
Tel. 0372- 801050  
Pec: [aemspa@pec.aemcremona.it](mailto:aemspa@pec.aemcremona.it)  
[www.aemcremona.it](http://www.aemcremona.it)

N° DOC:  
P001PRY-M006-ED01  
06/12/2021

SETTORE:  
POLO CREMAZIONE

Spett. le  
**AEM Cremona S.P.A.**  
**Polo della Cremazione**  
Via dei Cipressi, 8  
26100 – C R E M O N A (CR)

**OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 del DPR 445/2000 sulla composizione del feretro destinato alla cremazione**

### I SOTTOSCRITTI

in relazione alla cremazione presso il Polo della Cremazione del Comune di Cremona (Cr) di

CADAVERE                       RESTI MORTALI                       RESTI OSSEI

del defunto \_\_\_\_\_

deceduto il \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

residente in vita nel Comune di \_\_\_\_\_

### DICHIARANO CHE:

	SI	NO
- è racchiuso nello ZINCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- è portatore di STIMOLATORE CARDIACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- altri APPARECCHI ELETTROMEDICALI A BATTERIA (indicare quali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- è portatore di PROTESI METALLICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SOSTANZE RADIOATTIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- INVOLUCRO AUTORIZZATO dal Ministero della Sanità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PESO DEL FERETRO <b>minore di 180 Kg.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DIMENSIONI BARA (entro standard impianto cm. 230x90x70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- decesso a causa di MALATTIA INFETTIVA (allegare certificazione ASL di avvenuto trattamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Privacy

La raccolta di dati personali esercitata a mezzo del presente modulo ed il relativo trattamento da parte di AEM Cremona S.P.A. è soggiacente a specifica Informativa artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/16 GDPR resa agli interessati al momento della prenotazione del servizio.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma impresa on. funebri)

\_\_\_\_\_  
(firma del familiare)  
**allegare copia del documento identità**