



## REGOLAMENTO PER L'UTILIZZO DELLA "SALA DEL COMMiato"

REG-AM-19  
Rev. 00  
del 17/09/2025

Spett.le  
Casa Albergo per Anziani  
Via del Santuario n.31  
45026 – LENDINARA (RO)

**Oggetto: RICHIESTA DI UTILIZZO REGOLAMENTO PER L'UTILIZZO DELLA "SALA DEL COMMiato" DELL'IPAB CASA ALBERGO PER ANZIANI DI LENDINARA.**

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) in data \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - tel. \_\_\_\_\_ cell.  
\_\_\_\_\_, Familiare \_\_\_\_\_ (indicare il grado di parentela),

### ovvero

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in data \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_, Titolare / delegato dell'Impresa di Onoranze Funebri \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - tel. \_\_\_\_\_ cell.  
\_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'utilizzo della "Sala del Commiato" dell'IPAB "Casa Albergo per Anziani", per la deposizione ed esposizione della salma, dal giorno \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ ore \_\_\_\_ al giorno \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ ore \_\_\_\_ del/la defunto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in data \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ e deceduto/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in data \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ ore \_\_\_\_.

A tal fine dichiara:

1. Di accettare e rispettare tutte le norme e le condizioni previste dal Regolamento di utilizzo della "Sala del Commiato" dell'IPAB "Casa Albergo per Anziani" di Lendinara, nessuna esclusa;
2. Di corrispondere il rimborso spese per utenze, pulizia e disinfezione, previsto quantificato forfettariamente in € 250,00 per i primi 3 giorni di utilizzo della sala.
3. Di rispettare, per tutto quanto non previsto e regolamentato, il regolamento di polizia mortuaria D.P.R. 285/1990 e s.m.i. e la L.R. n.18 del 04/03/2010.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_