*Cerere pentru obţinerea avizului direcţiei de sănătate publică în vederea îmbălsămării*

Către,

Direcţia de Sănătate Publică Arad

  Subsemnatul(a), ......................................................................................................., tanatopractor conform Certificatului Ministerului Sănătăţii nr.………. /........................, legitimat(ă) cu CI seria ………... nr. ................................., eliberat(ă) de ……..……………………........ la data de ........................................., cu domiciliul în ........................................, judeţul ......................................, str. ............................................................................., nr. ............, bl. ............, sc. .........., ap. .........., angajat al Societăţii ....................................................................................., cu sediul în localitatea .........................................., judeţul ..................................., adresa ............................................................., înmatriculată la registrul comerţului cu nr. ....................................................................., solicit ***avizul direcţiei de sănătate publică în vederea efectuării îmbălsămării*** dlui/dnei…………………………………………………..……………………..……...………………….. decedat/decedate la data de ……………………………….…… şi aflat(e) la adresa ..................................................................................................................................................................... .

  Anexez la prezenta, copie după Certificatul de tanatopractor nr. ………..... /................................., copie după certificatul medical constatator al decesului doamnei/domnului ......................................................................................., cererea familiei pentru îmbălsămare şi declaraţia privind metoda şi produsele biocide folosite.

**Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

**Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P.J. Arad să prelucreze datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în scopul soluționării cererii, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.**

Data Ştampila prestatorului de servicii funerare

………………..

    Semnătura

   ………………..

Atașez următoarele documente:

- Cerere;

- Certificatul de tanatopractor emis de Ministerul Sănătății - copie;
- Declarație pe propria răspundere a tanatopractorului - copie;
- Cererea din partea membrilor familiei sau a altor persoane desemnate pentru îmbălsămarea

 defunctei/defunctului- copie
- Certificat medical constatator al decesului -copie;
- Autorizația sanitară pentru spațiul de prestare a activităților de îngrijiri mortuare- copie.

**DECLARAŢIE**

***pe propria răspundere a tanatopractorului***

  Subsemnatul, ..................................................................................................., tanatopractor în baza Certificatului nr. .................................................., emis de Ministerul Sănătăţii, domiciliat în ................................................................................., str. ......................................................................, nr. ……....., bl. .........., sc. ............, et. …......, ap. .............., sectorul/judeţul ........................................................., posesor al CI/BI ....................... seria ..................... nr. .............................., eliberat(ă) de ....................................................................... la data de ........................................, CNP ...............................................................,

  cunoscând dispoziţiile art.326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, declar pe propria răspundere următoarele:

 - voi folosi ca metodă de îmbălsămare / tanatopraxie ………………………………………………………………………………………….… şi tehnica …..………………………………………..………., care presupune injectarea în …………………………………………………………………………….………… şi în …………………………………………....…………. a următoarelor produse şi substanţe chimice: …………………………….…………..…………...………………., în cantitatea de ……………………………………………….…………………..……..:

  – procedura de îmbălsămare/tanatopraxie nu va urmări conservarea definitivă a corpului defunctei (defunctului) şi se vor folosi numai produse biocide avizate de către Comisia Naţională pentru Produse Biocide.

  Dau prezenta declaraţie, fiindu-mi necesară pentru ..............................................................................................................................................

 Data ..............

 Declarant,  .......................................................

                     (numele, prenumele şi semnătura)

**CERERE**

**pentru îmbălsămarea defunctei/defunctului**

Subsemnatul, ……………………………………………….........…., având calitatea de:

  [] soţ/soţie al/a defunctei/defunctului;

  [] rudă apropiată a defunctei/defunctului, gradul .....................................;

  [] persoană mandatată prin contract pentru a se îngriji de înmormântare;

  [] persoană stabilită prin testament pentru a se îngriji de înmormântare,

  al ……………………………………………………………….…………………… (numele şi prenumele persoanei decedate) ………………..., solicit efectuarea îmbălsămării defunctei/defunctului în vederea desfăşurării în bune condiţii a serviciilor funerare.

  [] Declar că dorim expunerea defunctei/defunctului cu capacul sicriului deschis.

  [] Declar că înmormântarea defunctei/defunctului presupune transportul pe o distanţă de…………….km.

Data Semnătura

  …………… ………………

Se bifează cu X în căsuţa corespunzătoare.