**ACTA DE REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS TANATOLÓGICAS**

**Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la práctica tanatológica**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominación: | |
| Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: | CIF: |
| Ubicación del establecimiento: | |
| Nombre, apellidos y DNI del representante legal: | |

**Datos relativos al profesional que realiza la práctica**

|  |
| --- |
| Nombre, apellidos y DNI/Nº Colegiado del profesional: |
| Titulación: |

**Datos relativos a la persona fallecida**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos: | | | |
| Edad: | Sexo: | DNI/NIE/Pasaporte: | |
| Fecha, hora y lugar del fallecimiento: | | | Causa: |
| Destino final: | | | |

**Práctica realizada (Marque con una x lo que corresponda)**

|  |
| --- |
| Conservación transitoria Embalsamamiento:  Técnica utilizada (descripción):  Producto utilizado (identificación): |
| Otra actuación sanitaria (descripción): |

El representante legal del prestador de servicios funerarios y el profesional, arriba reseñados, declaran haber realizado la técnica descrita en la persona fallecida identificada.

Se expide la presente acta para que quede constancia en la Consejería de Salud o donde proceda.

Localidad, fecha y hora

Firma del profesional que realiza la práctica Firma del prestador de servicios funerarios