**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