

ALLEGATO 1

Modello di rilevamento dei parametri influenti per la cremazione

(da spedire a Federutility SEFIT tramite fax (06-62298447), posta (P.zza Cola di Rienzo, n. 80/A, 00192 Roma) e-mail (segreteria@sefit.eu)

COMUNE DI _____

ANNO DI RILEVAMENTO: **2012**

PARAMETRI QUANTITATIVI

1. Cremazioni eseguite (numero)

Cremazione:	di residenti	di non residenti			Totale
		italiani deceduti nel Comune	stranieri deceduti nel Comune	provenienti da altri Comuni	
Cadaveri a seguito di decesso					
Cadaveri a seguito di traslazione da sepoltura					
Resti mortali (salme inconsunte esiti fenomeni cadaverici trasformativi conservativi)					
Parti anatomiche riconoscibili (in casse)					
Ossa					

PARAMETRI DIMENSIONALI

1. Potenzialità giornaliera dell'impianto per cremazione di cadaveri

(es. calcolo 2 h lavorative per cremazioni/cadavere)

- (a) N° forni _____ (N°)
(b) Tempo medio per cremazione _____ (ore)
(c) Ore lavorative medie per giorno _____ (ore)
(d) N° cremazioni possibili [(a) x (c) / (b)] _____ (N°)

2. Esistenza di convenzioni con altri Comuni per mutuo scambio in caso di fermo impianto a causa di avaria o manutenzione

SI NO nel Comune di _____

CONTROLLI

1. Controllo emissioni

(a) Ogni _____ (N°) mesi

(b) Ogni _____ (N°) cremazioni

PARAMETRI QUALITATIVI

1. Tempo intercorrente dal decesso a:

	< 2 gg.	3 gg.	4 gg.	5 gg.	da 6 a 7 gg.	da 8 a 10 gg.	> 10 gg.
Arrivo all'impianto o alla camera mortuaria cimitero							
Esecuzione cremazione							
Consegna e sepoltura urna cineraria							

(*) Crocettare la casella corrispondente

2. Strutture di supporto:

2.1. Presenza di camera mortuaria annessa al crematorio

 SI NO

2.2. Presenza di sala di commiato

 SI NO

2.3. Disponibilità di servizi integrativi:

a) rito SI NO

b) musica SI NO

c) altro _____

3. Prenotazione del servizio:

Specificare N° di telefono, fax, e-mail, ecc.

3.1. Con telefonata SI NO _____ / _____ (tel.)

3.2. Con fax SI NO _____ / _____ (fax)

3.3. Con e-mail SI NO _____ (e-mail)

3.4. Con SMS SI NO _____ / _____ (tel.)

3.5. Con tele prenotazione SI NO _____ (URL)

3.6. Altro (indicare) _____

PROPRIETÀ E FORMA DI GESTIONE DEL CREMATORIO

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | In economia diretta comunale |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Azienda speciale |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Consorzio tra comuni |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | SPA a prevalente capitale pubblico locale |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | SPA con capitale pubblico locale minoritario |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Affidamento a terzi (concessione di gestione del servizio) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Concessione di costruzione e gestione |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Gestore di project financing |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Società di cremazione |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Altro _____ |

(*) Crocettare la casella corrispondente

PARAMETRI ECONOMICI

1. Tariffa vigente alla data del rilevamento (in euro):

- 1.1. di cadavere di residente nel Comune
- 1.2. di cadavere di non residente nel Comune
- 1.3. di esito di fenomeno cadaverico trasformativo conservativo
- 1.4. di contenitore di parti anatomiche riconoscibili
- 1.5. di feto o prodotto del concepimento
- 1.6. di ossa di un cadavere
- 1.7. di contenitore di ossa indistinte

Senza IVA	Con IVA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

DATI FORNITI DA:

(Cognome, Nome)