

# 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 80/A, 00192 Roma) e-mail (segreteria@sefit.eu)

COMUNE DI \_\_\_\_\_

ANNO DI RILEVAMENTO: **2013**

### 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 trasform. conserv.)					
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. Fuori standard

- a) Il crematorio è attrezzato per ricevere e cremare feretri fuori misura?  SI  NO
- b) Quali sono le massime dimensioni di ingresso, in cm., di un feretro nel forno?  
Larghezza cm. \_\_\_\_\_ Altezza cm. \_\_\_\_\_ Lunghezza cm. \_\_\_\_\_
- c) Esiste un limite massimo di peso da cremare (feretro + corpo) in kg.?  SI  NO  
Se SI, indicare quale: kg. \_\_\_\_\_

#### 3. 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)**