**Žiadosť rodiča o vydanie potrateného ľudského plodu alebo predčasne odňatého ľudského plodu na pochovanie**

.....................................................................................................................................................

 (meno a priezvisko rodiča potrateného plodu alebo predčasne odňatého ľudského plodu)

Adresa bydliska: ...............................................................................................................

Číslo OP: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Kontakt (telefón / e- mail)\*:...............................................................................

**týmto žiadam o vydanie potrateného ľudského plodu alebo predčasne odňatého ľudského plodu.**

Dátum ukončenia tehotenstva: \_ \_. \_ \_. \_ \_ \_ \_

Hmotnosť plodu\*: ............... gramov

na pochovanie poverenej pohrebnej službe.

Dátum spísania žiadosti: \_ \_. \_ \_. \_ \_ \_ \_

Podpis rodiča: .................................................

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti: .............................................................................

 (podpis ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka a odtlačok pečiatky)

**Potratený ľudský plod alebo predčasne odňatý ľudský plod odovzdaný pracovisku úradu pre dohľad na vykonanie pitvy.**

Dátum prevzatia: \_ \_. \_ \_. \_ \_ \_ \_

Za pracovisko úradu pre dohľad: .........................................................................

 (podpis a odtlačok pečiatky)

Potratený ľudský plod alebo predčasne odňatý ľudský plod odovzdaný poverenej pohrebnej službe na pochovanie ............................................................................................................................................

 (názov a adresa pohrebnej služby)

Dátum prevzatia pohrebnou službou: \_ \_. \_ \_. \_ \_ \_ \_

Za poverenú pohrebnú službu: ...........................................................................

 (meno, priezvisko, podpis a odtlačok pečiatky)