



Allegato 1_ modulo "trasporto salma a cassa aperta"

MODULO PER IL TRASPORTO SALMA DURANTE IL PERIODO DI OSSERVAZIONE

All'Ufficio di Stato civile del Comune di.....
E di.....

Il/la sottoscritto/a, medico chirurgo, Dott/ssa.....
Dipendente/Convenzionato con l'ASL/AO di.....
Direttore sanitario della Struttura.....

DICHIARA CHE

Il signor/a.....
Nato/a a..... Il..... cittadino.....
Residente/Domiciliato a.....
Stato civile.....
E' deceduto/a il giorno..... alle ore.....
Presso.....
E che la salma può essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di osservazione, presso:

- deposito di osservazione comunale sito a.....
- presso struttura per il comiato sita nel Comune di.....
- struttura sanitaria denominata.....
- Abitazione sita nel Comune di.....

Luogo....., il..... **IL MEDICO (Timbro e firma)**

Il sottoscritto/a..... nella sua qualità di titolare/responsabile dell'Impresa funebre..... con sede a.....
Autorizzazione n..... rilasciata dal Comune di.....
VISTA la richiesta effettuata dall'avente titolo sig/a.....
In qualità di..... di trasferimento della salma come sopra generalizzata,

DICHIARA

- che il trasporto avverrà in data..... alle ore..... a mezzo di auto funebre targata..... condotta dal sig/a.....
- che il trasporto della salma suddetta è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dal Regolamento regionale 8 agosto 2012, n. 7/R, con salma posta in contenitore non sigillato
- che durante il periodo di osservazione il cadavere sarà posto nelle condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita

Luogo....., il..... **Il Dichiarante**

Il sottoscritto..... nella sua qualità di responsabile della struttura..... sita in.....
Dichiara di ricevere la salma sopra indicata il giorno..... alle ore.....

L'addetto al trasporto.....