

## ALLEGATO A

### Modulo per certificazione medica per il trasporto salma durante il periodo di osservazione art. 11, c.2, L.R. n. 32/2018

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_ (ove è avvenuto il decesso)

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_ (di destinazione della salma)

All'ATS \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa (1) \_\_\_\_\_

medico curante  medico dipendente dell'ATS  medico convenzionato con l'ATS

#### DICHIARA CHE

il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
stato civile \_\_\_\_\_ coniugato/a con \_\_\_\_\_ identificato con \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

È **DECEDUTO/A** il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

È **ESCLUSO** il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

**LA SALMA PUÒ ESSERE TRASPORTATA** senza pregiudizio per la salute pubblica.

Il trasporto, come da richiesta dei familiari acquisita agli atti, sarà effettuato ai sensi dell'art. 10, c. 4, e dell'art. 11, c.1, della L.R. 32/2018, presso:

Domicilio del defunto in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Obitorio sito in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Servizio mortuario della Struttura Ospedaliera \_\_\_\_\_ sita in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Casa funeraria sita in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_ **Il Medico** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto (2) \_\_\_\_\_ nella sua qualità di **titolare/responsabile della conduzione dell'Impresa funebre** \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in via. n. \_\_\_\_\_  
presentazione SCIA n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ presso il Comune di \_\_\_\_\_,  
vista la richiesta di trasferimento della salma sopra indicata, effettuata dal Sig./dalla Sig.ra \_\_\_\_\_,  
in qualità di avente titolo (*specificare*) \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

▪ che il trasporto avverrà in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ a mezzo di autofunebre targata \_\_\_\_\_ condotta da \_\_\_\_\_

▪ che il trasporto della salma del/la defunto/a suddetto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dagli artt. 10 e 11 della L.R. n. 32/2018 con la salma riposta in contenitore impermeabile non sigillato, in condizioni che non ostacolano eventuali manifestazioni di vita e che comunque non siano di pregiudizio per la salute pubblica  
\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_ **L'operatore funebre addetto al trasporto - Il dichiarante**

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto (3) \_\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_ della  
struttura \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_ dichiara di ricevere la salma  
sopraindicata il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.

**L'operatore funebre addetto al trasporto Il dichiarante**

#### Note per la compilazione

1. Il modulo va compilato a cura del medico curante o del medico, dipendente o convenzionato con il servizio sanitario regionale, intervenuto in occasione del decesso.

2 L'impresa funebre che esegue il trasporto deve inviare tempestivamente il modulo, a mezzo email o pec, al Comune ove è avvenuto il decesso, al Comune di destinazione della salma e alle articolazioni territorialmente competenti dell'ATS.

3. Da compilarsi a cura del responsabile della struttura di ricezione della salma.