

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.