

Allegato I

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 commiato sita nel Comune di.....
- struttura sanitaria denominata.....
- Abitazione sita nel Comune di.....

Luogo....., li.....

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....., li.....

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

.....