

# Modulo per trasporto di salma (prima dell'accertamento di morte)

(art. 5 comma 2, 4 Legge Regionale 1 Febbraio 2005, n. 3 -  
art. 18 comma 5 Regolamento Regionale 9 febbraio 2009, n. 3)

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune  
di \_\_\_\_\_ (Comune presso il quale è avvenuto il decesso)  
e di \_\_\_\_\_ (Comune cui è destinata la salma)

All'ASUR Zona Territoriale  
di \_\_\_\_\_ (Comune presso il quale è avvenuto il decesso)  
e di \_\_\_\_\_ (Comune cui è destinata la salma)

Al Responsabile della struttura cui è destinata la salma  
\_\_\_\_\_ (se diversa da abitazione privata)

Il sottoscritto, medico chirurgo, Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Dipendente/Convenzionato con l'ASUR/AO di \_\_\_\_\_

dichiara che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadino/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

coniugato/a con \_\_\_\_\_,

è decduto/a il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

La salma può essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di osservazione, presso:

- Deposito di osservazione comunale sito in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Sala del commiato, sita in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Strttura Sanitaria denominata \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Abitazione sita in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**Il Medico** \_\_\_\_\_

(timbro e firma)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua qualità di titolare/direttore tecnico

dell'Impresa Funebre \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

rilasciata dal comune di \_\_\_\_\_

VISTA la richiesta effettuata in qualità di avente titolo dal Sig. \_\_\_\_\_

di traseferimento della salma sopra generalizzata

## DICHIARA

- che iltrasporto avverrà in tempi brevi in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ a mezzo autofunebre targata \_\_\_\_\_ condotta da \_\_\_\_\_
- che il trasporto della salma è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dall'art. 5 c. 4 della Legge Regionale n. 3/05 con la salma riposta in contenitore impermeabile non sigillato e in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita e che comunque non siano pregiudizio per la salute pubblica.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua qualità di responsabile della struttura

\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_

Dichiara di riceve la salma sopra indicata il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**L'addetto al trasporto**

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_