

**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

.....