



AZIENDA U.S.L. _____
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA

Certificato Necroscopico, per la cremazione e Nulla Osta per il Trasporto

L.R.10 Agosto 2012 n. 41 Art. 8, comma 2 – art. 17, comma 2 – art.29

Il/La sottoscritto/a Dott/ssa..... in qualità di Medico Necroscopo,

CERTIFICA

di aver eseguito alle ore.....del giorno.....presso..... nel

Comune di.....(Prov.....), Via.....N°.....

l'accertamento della morte di

nato/ail

identificato mediante documento, rilasciato da.....

.....il....., deceduto/a il....., alle ore.....nel

Comune di.....(Prov.....), Via.....N°.....

per causa: naturale violenta, come riportato nella scheda ISTAT di morte di cui si è presa visione.

DICHIARA che non si ravvisano indizi di morte dipendente da reato (art.74 D.P.R. 396/2000)

DICHIARA che:

1) Le cause del decesso (in caso di malattia infettiva e diffusiva), Visto l'art. 9, della L.R. 41/2012:

Comportano Non comportano

l'osservanza delle procedure di cui all'art. 18, comma 1, del D.P.R. 285/90;

resta fermo quanto previsto dall'art.9, L.R.10 agosto 2012, n. 41, comma 2.

2) Il feretro potrà essere chiuso, ai sensi degli artt. 8 – 9- 10 del DPR 285/1990:

Trascorse 24 ore dal decesso Trascorse 48 ore dal decesso

Prima di 24 ore per il seguente motivo:

Decapitazione, maciullamento, ECG ISOELETTRICO per 20 minuti

Iniziata putrefazione o morte dovuta a malattia infettiva-diffusiva

AI FINI DELLA CREMAZIONE, Visto l'art. 29, comma 1 della L.R. 41/ 2012, Visto l'art.3, LEGGE 30 marzo 2001, 130 comma 1, lettere a e h, ESCLUDE il sospetto di morte dovuta a reato;

DICHIARA che la persona suddetta non era era portatrice di stimolatore cardiaco (pace maker) o apparecchiature similari. Resta fermo l'obbligo del prelievo di liquidi biologici e annessi cutanei (art. 3, comma h della L. 130/2001).

AI FINI DEL TRASPORTO FUORI COMUNE,

DICHIARA che "nulla osta" al rilascio da parte del Sindaco dell'autorizzazione al trasporto del cadavere dal Comune di.....(Prov.....) al Comune di.....(Prov.....) con eventuale sosta nel Comune di.....(Prov.....), con partenza alle ore..... del giorno.....

.....fl.....

Il Medico Necroscopo



VERBALE DI CHIUSURA FERETRO PER TRASPORTO CADAVERE
(art. 17, comma 5 L.R. 41/2012)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____

in via _____ n° _____

titolare delegato dell'impresa funebre _____

ha personalmente provveduto alla identificazione del cadavere di:

_____ nato/a il _____

residente in vita a _____

in via _____ n° _____, deceduto/a il _____

nel Comune di _____

L'identificazione è avvenuta mediante:

documento: _____ n° _____ rilasciato il _____
da _____

due testimoni

I° testimone (generalità e firma) _____

II° testimone (generalità e firma) _____

Firma dell'incaricato _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____

in via _____ n° _____

titolare delegato dell'impresa funebre _____

incaricato/a del confezionamento del feretro, constatato che è trascorso il periodo di osservazione previsto, dichiara che:

- il cadavere è stato riposto in idonea cassa, conformemente alle prescrizioni previste dalla vigente normativa, in relazione alla destinazione e alla distanza da percorrere e precisamente:
 - in doppia cassa, una di legno e una di metallo (zinco), ermeticamente chiusa mediante saldatura nelle modalità consentite dalla vigente normativa;
 - nella sola cassa di legno, foderata internamente con contenitore biodegradabile, autorizzato dal Ministero della Sanità, idoneo per il trasporto, anche fuori regione, per distanze oltre i 100 km.
 - nella sola cassa di legno;
- sono state adottate particolari precauzioni igienico-sanitarie e nella fattispecie:

3. esternamente al feretro è stata applicata una targhetta in materiale inossidabile e non alterabile, riportante nome, cognome, data di nascita e di morte del/lla defunto/a

4. si è presa visione del permesso di seppellimento autorizzazione alla cremazione rilasciato il _____ dall'Ufficiale di Stato Civile del Comune di _____

5. a garanzia dell'integrità del feretro e del suo contenuto sono stati apposti due sigilli contrassegnati con il logo dell'impresa incaricata del trasporto che è anche riportato nel presente verbale.

Il feretro, così sigillato viene consegnato all'incaricato del trasporto, chiamato ad eseguire il trasporto del cadavere suddetto dal Comune di _____ al cimitero di _____ previa sosta presso per la celebrazione delle esequie

Firma dell'incaricato _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____
in via _____ n° _____

titolare delegato dell'impresa funebre _____ incaricato/a
del trasporto, nella sua veste di incaricato di pubblico servizio ai sensi dell'art. 358 CP e s.m.i., consapevole
della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazione mendace, dichiara che:

- il trasporto ha inizio in data _____ alle ore _____, come da autorizzazione
n. _____ rilasciata dal Comune di _____ in data

- con auto funebre (marca/modello) _____ targata _____
- con il seguente personale:

1. Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____
2. Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____
3. Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____
4. Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____
5. Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____

La presente dichiarazione viene allegata in originale alla documentazione che accompagna il feretro fino al
cimitero/crematorio di destinazione. Una copia viene conservata agli atti dell'impresa funebre che ha
eseguito il trasporto.

_____ lì, _____

Firma dell'addetto al trasporto _____

Il sottoscritto

custode del cimitero o incaricato del Comune di _____

addetto dell'impianto di cremazione di _____
riceve il feretro sopra indicato, il giorno _____ alle ore _____

_____ lì, _____

Firma del ricevente _____

Note per la compilazione

1. L'identificazione del cadavere può avvenire tramite un documento di identità o mediante identificazione da parte di due testimoni.
2. Il modello deve essere compilato e sottoscritto da chi provvede alla identificazione, al confezionamento del feretro e al trasporto. Qualora si tratti della stessa persona, le generalità possono essere riportate solo nella parte iniziale ma la firma deve essere apposta nelle tre parti. Il modello deve essere compilato per tutti i trasporti, sia all'interno del Comune di morte che al di fuori: in questo caso una copia deve pervenire allo Stato Civile del Comune di partenza.
3. Nella parte relativa al confezionamento del feretro si riportano le eventuali precauzioni igienico-sanitarie adottate (es. trattamento anti-putrefattivo).



AZIENDA U.S.L. _____
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 SERVIZIO IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA

prot. _____

VERBALE DI CONSEGNA DI CADAVERE PER TRASPORTO ALL'ESTERO

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____

Il sottoscritto _____ Tecnico della Prevenzione
 Dirigente Medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (S.I.E.S.P.)

Si è recato presso: abitazione struttura sanitaria _____
 altro _____

In Via _____ n° _____ Comune di _____ (____)
 per verificare la regolarità delle operazioni previste dal D.P.R. 285 del 10/09/1990, artt. 30 e 32.

Vista la documentazione rilasciata dal Comune di _____ (____)
 in data _____

Identificato il cadavere per quello di: _____

Tramite i seguenti due testimoni:

1. _____ nato il _____
 (documento di identità _____)
 2. _____ nato il _____
 (documento di identità _____)

Dichiara che il cadavere è stato trattato come prescritto dall'art. 32 del D.P.R. 285/1990 e il feretro è stato confezionato secondo le indicazioni dell'art. 30 del predetto D.P.R. n. 285/1990.
 Sul cofano funebre è stato apposto un sigillo del Dipartimento di Prevenzione, S.I.E.S.P., della A.S.L. di _____, che è lo stesso riportato nel presente verbale.

Il feretro così confezionato e sigillato, unitamente alla documentazione e alla copia in originale del presente verbale, viene consegnato al sig. _____
 per l'impresa funebre _____ incaricata del trasporto fino
 all'aeroporto/porto/stazione di _____ con destinazione Estera
 _____ mediante auto funebre targata _____

L'incaricato del trasporto

I Testimoni

Spazio per il sigillo ASL

Il Dirigente Medico o Il Tecnico della Prevenzione



Al Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di _____

Al Direttore U.O.C. di Medicina Legale ASL di _____

LORO SEDI

Oggetto: Richiesta di riscontro diagnostico

Il/la sottoscritto/a Dott/ssa _____, in qualità di

Medico Necroscopo Medico curante

richiede il riscontro diagnostico del cadavere del/della signor/signora

.....
deceduto/a il..... alle ore.....

presso..... in Via..... N°.....

nel Comune di

La presente richiesta è motivata dal fatto che non ci sono elementi sufficienti per stabilire con precisione la causa di morte.

.....Il.....

Firma

Previo accordo con la Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di.....,

si dispone che la salma cadavere venga trasferito/a dal luogo del decesso alla sala autoptica del suddetto ospedale.

Incaricata del trasporto è la Dittaindicata dai famigliari.

Auto Funebre con targa:.....

Si dispone che, qualora il trasporto sia effettuato prima della fine del periodo di osservazione, esso avvenga senza ostacolare eventuali manifestazioni vitali.

.....Il.....

Il Medico Necroscopo

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune di _____

Al Servizio di Medicina Legale /S.I.E.S.P.

della A.S.L. di _____

COMUNICAZIONE DI TRASPORTO DI SALMA/CADAVERE

(L.R. 10 Agosto 2012 n° 41 , art. 10 comma 7)

Il sottoscritto _____ nato a _____
 il ____/____/____ residente a _____ nella sua qualità di titolare/incaricato
 dell'impresa funebre _____ con sede a _____

vista la richiesta effettuata, in qualità di avente titolo, dal Sig. _____
 per il trasferimento della salma/cadavere di _____
 nat_ a _____ il ____/____/____, decedut_ il ____/____/____,
 alle ore _____ presso _____ in via _____ n ____
 nel Comune di _____ (____)

dal luogo del decesso a _____
 in via _____ n. _____ del Comune di _____ (____)

Vista l'autorizzazione rilasciata dal Medico Necroscopo , dott. _____ il _____

COMUNICA

Che il trasporto avverrà in data ____/____/____ alle ore _____ a mezzo autofunebre targato
 _____ della ditta _____ con sede in
 _____ conformemente alle prescrizione previste dall' art. 16
 comma 6 L.R. 10/08/2012 N. 41.

_____ li _____

in fede

Timbro e firma

Alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di _____

Al Direttore del Servizio di Medicina Legale della A.S.L. di _____

**RICHIESTA di AUTORIZZAZIONE per il TRASFERIMENTO di SALMA/CADAVERE
per IL PERIODO DI OSSERVAZIONE**

(L.R. N° 41/2012 "Disciplina in materia funeraria e polizia mortuaria" art. 10-16-17)

Il sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____ residente in _____ via _____
In qualità di _____ del defunto _____
nat_ a _____ il _____, deceduto il _____ alle ore
_____, presso _____ sit_ nel Comune di _____
in via _____

in nome e per conto degli altri avente diritto, informati della presente richiesta, consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione falsa e mendace, rilasciando contestualmente la più ampia liberatoria nei confronti dell'Amministrazione Sanitaria anche in riferimento al "codice in materia di protezione dei dati personali", sotto la propria responsabilità'

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento della suddetta salma per la prosecuzione del periodo di osservazione presso _____ sit_ nel Comune di _____ via _____.

Il trasferimento sarà effettuato il _____, alle ore _____, dalla Ditta _____ con sede in _____

con auto funebre targata _____.

Allega alla presente copia di un documento di identità.

_____, li _____

In fede

Autorizzazione per il trasporto di salma/cadavere
L.R. n. 41/2012 artt. 10-16-17

All'Ufficiale dello Stato Civile:

del Comune di _____ (Comune presso il quale è avvenuto il decesso)
del Comune di _____ (Comune dove è destinata la salma/cadavere)

Alla A.S.L. di _____ Sede di _____
(competente per il Comune presso il quale è avvenuto il decesso)

Alla A.S.L. di _____ Sede di _____
(competente per il Comune di destinazione della salma/cadavere)

___ I ___ sottoscritt ___ Dott. _____ in qualità di Medico Necroscopo

Vista la scheda ISTAT di morte compilata dal dott. _____

Rilasciato il certificato necroscopico

DICHIARA

che _I_ signor _____ nat_ a _____ il _____

è decedut_ il _____ alle ore _____ presso _____

nel Comune di _____ in Via _____ n. _____

Vista la richiesta del Sig _____ in qualità di _____

del/la suddett ___ defunt ___, dalla quale si evince che il trasporto sarà effettuato dalla Ditta di Onoranza

Funebri..... a mezzo di autofunebree targata.....

AUTORIZZA

Il trasporto della salma/cadavere, senza pregiudizio per la salute pubblica, per il proseguimento del periodo di osservazione, presso _____, in via _____ n. _____
Comune di _____ con partenza alle ore _____ del giorno _____

Si prescrive che il trasporto avvenga senza ostacolare eventuali manifestazioni vitali.

Resta fermo il successivo accertamento della morte da parte del medico necroscopo competente per territorio, dopo la quindicesima ora, se non è stato effettuato nel Comune di decesso.

_____ li _____

Il medico Necroscopo