

PARTE A**Constatazione di decesso e modulo per trasferimento della salma in altro luogo, per il periodo di osservazione, prima dell'accertamento di morte L.R. N.41/2012 ART.10-16 - B.U.R.A. N.190 DEL 01/12/2021**

Il/la sottoscritto/a medico dipendente o convenzionato SSN (medico necroscopo, medico di medicina generale, medico di continuità assistenziale, medico 118, direttore sanitario struttura ospedaliera o suo delegato, direttore medico di R.A. o R.S.A. o suo delegato) dichiara che il/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____ stato civile

_____ coniugato/a con _____

è deceduto/a il giorno _____ alle ore _____ presso

SI _____ NO _____ Morte per cause naturali

Identificato/a dal familiare o da un conoscente mediante documento di identità o patente di guida n. _____

LA SALMA PUO' essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di osservazione, presso:

- Deposito di osservazione comunale sito in via _____

a _____ (da autorizzarsi in casi particolari)

- Casa funeraria a _____

Il cadavere non può essere trasportato fuori Regione.

_____ li _____ Il Medico
(timbro e firma)

COMPILARE LA PARTE B SE RICHIESTO IL TRASPORTO SALMA. (RISERVATO ALL'IMPRESA FUNEBRE)

PARTE B

All'Ufficiale di Stato civile del Comune

di _____ (Comune presso il quale è avvenuto il decesso) e di _____ (Comune cui è destinata la salma)

ALLA A.S.L. competente per territorio

di _____ (ove è avvenuto il decesso) e di _____ (cui è destinata la salma)

Al Responsabile della struttura cui è destinata la salma

_____ (se diversa da abitazione privata)

Il/la sottoscritto/a _____ nella sua qualità di _____ dell'Impresa Funebre _____ con sede a _____ in via _____ n. _____

vista la **Richiesta del familiare per il trasferimento della salma** (riportata in calce)

DICHIARA

che il trasporto avverrà in tempi brevi in data _____ alle ore _____ a mezzo auto funebre targata _____ condotta da _____ che il trasporto della salma è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dall'art. 6 della Legge Regionale n.41 del 10/08/2012 con la salma riposta in contenitore impermeabile non sigillato e in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita e che comunque non siano di pregiudizio per la salute pubblica.

Data _____

Il dichiarante _____

Richiesta del familiare per il trasferimento della salma

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ - residente in _____ via _____ in _____ qualità di _____ del/la defunto/a _____ nato/a a _____ deceduto/a il _____ alle ore _____, presso _____ nel Comune di _____ in via _____

In fede _____