

REGIONE CALABRIA – ASP

CERTIFICAZIONE MEDICA PER IL TRASPORTO SALMA

All'Ufficio dello Stato Civile del Comune di _____
 e del Comune di _____
 All'Azienda Sanitaria Provinciale di _____
 e di _____

Il sottoscritto Medico curante Dr./Dr.ssa (1) _____

Dipendente/Convenzionato con la ASP _____

DICHIARA CHE

Burc n. 133 del 29 Novembre 2019

il/la sig./ra _____ nato/a _____

a _____ il _____ cittadinanza _____

codice fiscale _____

residente a _____

via _____ n. _____

stato civile _____

con/di _____

E' DECEDUTO/A il giorno _____ alle ore _____ presso _____

E' ESCLUSO il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

LASALMA PUÒ ESSERE TRASPORTATA senza pregiudizio per la salute pubblica.
 Il trasporto, come da richiesta dei familiari acquisita agli atti, sarà effettuato presso:

Abitazione privata in via _____ a _____

Obitorio sito in via _____ a _____

Casa Funeraria autorizzata sita in via _____ a _____

Luogo di culto idoneo sito in via _____ a _____

Servizio mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private in via _____ a _____

Il Medico _____

Il sottoscritto (2) _____ nella sua qualità di titolare/responsabile della conduzione dell'Impresa

Funebre _____ con sede a _____ in

via _____ autorizzazione n. _____ del _____ rilasciata dal Comune

di _____

Vista la richiesta di trasferimento della salma sopra indicata, effettuata dal sig. _____ in
 qualità di avente titolo

DICHIARA

che il trasporto avverrà in data _____ alle ore _____ a mezzo di autofunebre targata _____ condotta da _____;

che il trasporto della salma del/la defunto/a suddetto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dall'art. 13 della L.R. n.22/2018 con la salma riposta in contenitore non sigillato;

che la salma sarà posta in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita come stabilito dall'art.13, comma 10, L.R. n. 22/2018.

Il dichiarante

_____, n. _____

Barc. n. 133 del 29 Novembre 2019

Il sottoscritto (3) _____ nella sua qualità di _____ della
struttura _____ sita _____

in _____ dichiara di ricevere la salma sopraindicata il giorno _____ alle
ore _____.

Il dichiarante

L'addetto al trasporto

Note per la compilazione:

1. Il modulo va compilato a cura del medico curante o del medico, dipendente o convenzionato con il servizio sanitario nazionale, intervenuto in occasione del decesso;
2. L'addetto al trasporto deve inviare il modulo, a mezzo fax, e-mail o servizio postale al Comune ove è avvenuto il decesso, al Comune di destinazione della salma e alle AA.SS.PP. competenti per territorio;
3. Il responsabile dell'obitorio, della struttura per il commiato o del servizio mortuario deve dare notizia della ricezione della salma al Comune ove è avvenuto il decesso, al Comune di destinazione della salma e alle AA.SS.PP. competenti per territorio; per il trasferimento presso abitazione privata o luogo di culto, i predetti adempimenti sono a carico dell'impresa funebre.