

ALLEGATO B



Regione Umbria

**MODULO PER IL TRASFERIMENTO  
A CASSA APERTA DI CADAVERE  
ENTRO LE 24 H DAL DECESSO**
**PARTE A - A CURA DEL MEDICO O ALTRO INCARICATO DALLA DIREZIONE SANITARIA  
CHE HA REDATTO IL CERTIFICATO NECROSCOPICO**

Il/la sottoscritto/a medico Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Dipendente/Convenzionato con \_\_\_\_\_

in data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| presso l'ospedale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_

via/piazza/località \_\_\_\_\_

**DOPO AVER ACCERTATO LA MORTE**

del/la sig. /sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_

deceduto/a il giorno |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| alle ore |\_|\_|\_|\_| per CAUSE NATURALI

- attesa l'assenza di ipotesi di reato e/o pregiudizi per la salute pubblica,
- considerato che non devono essere assicurate condizioni che non ostacolino manifestazioni di vita,
- vista la richiesta di spostamento in altra sede del cadavere per lo svolgimento delle onoranze funebri,
- accertato che tale spostamento è effettuato entro le 24 h dalla morte,

**ATTESTA CHE NULLA OSTA AL TRASFERIMENTO A CASSA APERTA DEL CADAVERE**

 Il medico \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Il soggetto esercente l'attività funebre, incaricato dall'/dagli avente/i titolo, invia, anche per via telematica, la comunicazione dell'avvenuto trasferimento del cadavere al Comune in cui è avvenuto il decesso e, se diverso, al Comune ove è destinato.

**PARTE B - A CURA DEL RESPONSABILE DELL'IMPRESA FUNEBRE CHE EFFETTUA IL TRASFERIMENTO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ 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 di trasferimento del cadavere sopra generalizzato  
 effettuata, in qualità di avente titolo, dal/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

DICHIARA che il trasferimento del cadavere  
 avverrà in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ a mezzo di autofunebre targata  
 \_\_\_\_\_ condotta da \_\_\_\_\_

luogo di partenza \_\_\_\_\_

luogo di destinazione \_\_\_\_\_

DICHIARA, inoltre,  
 che il trasferimento del cadavere è effettuato a cassa aperta conformemente alle prescrizioni previste dalla  
 DGR dell'Umbria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_  
 (timbro e firma)

**PARTE C - A CURA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA CHE RICEVE IL CADAVERE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nella sua qualità di titolare / direttore tecnico  
 della struttura \_\_\_\_\_  
 con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata dal comune di \_\_\_\_\_

Dichiara di ricevere il cadavere sopra indicata il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

L'addetto al trasporto

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

(firma)

\_\_\_\_\_

(timbro e firma)