

ALLEGATO A



Regione Umbria

MODULO PER IL TRASFERIMENTO DELLA SALMA DURANTE IL PERIODO DI OSSERVAZIONE

PARTE A - A CURA DEL MEDICO O ALTRO INCARICATO DALLA DIREZIONE SANITARIA CHE HA CONSTATATO IL DECESSO

Il/la sottoscritto/a medico Dr./Dr.ssa _____

Dipendente/Convenzionato con _____

in data [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] presso l'abitazione/ospedale/località _____

_____ sito/a in _____

_____ via/piazza/località _____

DOPO AVER ESCLUSO
il sospetto che la morte sia dovuta a reato,
che il decesso è dovuto a malattia infettiva di cui al DM 15 dicembre 1990,

HA CONSTATATO 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

E DICHIARA CHE NULLA OSTA
all'eventuale trasferimento della salma per la prosecuzione del periodo di osservazione
purché esso avvenga senza pregiudizio per la salute pubblica e in condizioni che
non vengano ostacolate eventuali manifestazioni di vita.

Il medico _____
(timbro e firma)

Il soggetto esercente l'attività funebre, incaricato dall/i avente/i diritto, invia, anche per via telematica, la comunicazione dell'avvenuto trasferimento della salma al comune in cui è avvenuto il decesso, al comune ove è destinata la salma nonché alla ASL territorialmente competente per il luogo di destinazione della salma al fine, se non effettuato precedentemente, dell'accertamento di morte e la relativa certificazione necroscopica.

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 della salma sopra generalizzata

effettuata, in qualità di avente titolo, dal/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARA che il trasferimento della salma

avverrà in data |_|_|_|_|_|_|_|_| alle ore |_|_|_|_| a mezzo di autofunebre targata

_____ condotta da _____

luogo di partenza _____

luogo di destinazione _____

DICHIARA, inoltre,

che il trasferimento della salma del/la defunto/a suddetto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dalla normativa vigente con la salma riposta in contenitore non sigillato in maniera da permettere eventuali manifestazioni di vita.

Luogo _____ data |_|_|_|_|_|_|_|_|

Il dichiarante _____
(timbro e firma)

PARTE C - A CURA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA CHE RICEVE LA SALMA

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 la salma sopra indicata il giorno |_|_|_|_|_|_|_|_| alle ore |_|_|_|_|

L'addetto al trasporto

Il dichiarante

(firma)

(timbro e firma)