

**Modulo per trasporto di salma (prima dell'accertamento di morte)**  
 (art. 4 comma 4 l.r. 22/2003) (art. 39 comma 1 del regolamento regionale 6/04)

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune

di \_\_\_\_\_  
 e di \_\_\_\_\_

All'ASL

di \_\_\_\_\_  
 e di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, medico chirurgo, Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Dipendente/Convenzionato con l'ASL/AO di \_\_\_\_\_

dichiara che il/la

Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

coniugato/a con \_\_\_\_\_

è deceduto/a il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

e che la salma può essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di osservazione, presso :

- Deposito di osservazione comunale sito in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Sala del commiato, sita in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria denominata \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Abitazione sita in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Il Medico \_\_\_\_\_  
 (timbro e firma)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ 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 effettuata in qualità di avente titolo, dal Sig. \_\_\_\_\_

di trasferimento della salma sopra generalizzata-

**DICHIARA**

- che il trasporto avverrà in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ a mezzo di autofunebre targata \_\_\_\_\_ condotta da \_\_\_\_\_
- che il trasporto del cadavere del/la defunto/a suddetto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dall'art. 4 c. 4 della Legge Regionale n. 22/03 con il cadavere riposto in contenitore non sigillato;
- che durante il periodo di osservazione il cadavere sarà posto in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita come stabilito all'art 4 c. 2 della Legge Regionale n. 22/03;

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua qualità di responsabile della

struttura \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_

Dichiara di ricevere la salma sopra indicata il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**L'addetto al trasporto**

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Note per compilazione**

1. Il modulo va inviato all'Ufficiale dello Stato Civile ed all'ASL ove è avvenuto il decesso e ove è destinata la salma preventivamente alla partenza. Il modulo in originale con le firme segue la salma e va inoltrato successivamente al Comune di decesso. In alternativa alla trasmissione del modulo sottoscritto dal medico, prima della partenza della salma, è possibile inoltrare anche i soli dati in esso contenuti per fax o altro sistema telematico ai soggetti titolati ai compiti di vigilanza.
2. I dati identificativi della salma vanno riportati in quanto il presente modulo ha validità anche come dichiarazione o avviso di morte, salvo che la stessa sia già stata effettuata.
3. I dati del coniuge vanno comunque indicati anche se trattasi di vedovo/a
4. Il responsabile della struttura ricevente deve dare notizia della ricezione della salma agli stessi soggetti in indirizzo (art. 39 c. 4 del Reg. Regionale n. 6/04)