

ALLEGATO 2

Modulo certificazione medica per il trasporto della salma prima dell'accertamento di morte ai sensi del comma 2 art. 10 della L.R. n. 34/2008 e L.R. n.4/2010.

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune di _____
 Alla Direzione Sanitaria P.O. _____

Il sottoscritto Dr. _____ medico-ospedaliero in servizio presso la U.O. di _____ del P.O. _____

DICHIARA CHE

Il/la sig./ra _____ nato/a a _____ (____) il
 _____ residente a _____ (____) alla Via
 _____ n. _____ stato civile _____ coniugato/a con
 _____, identificato con carta identità/patente/altro n°
 _____ del _____ rilasciato da _____, è
 deceduto/a il giorno _____ alle ore _____ presso la U.O.
 di _____ del Presidio Ospedaliero di _____.

Il sottoscritto esclude il sospetto che la morte sia dovuta reato ed attesta che la salma può essere trasportata, come da richiesta in allegato da parte degli aventi diritto, senza pregiudizio per la salute e l'igiene pubblica.

Il trasporto avverrà presso (indicare abitazione/luogo di culto/obitorio/struttura di commiato/servizio mortuario comunale) _____ il _____
 sito nel Comune di _____ (____) alla Via _____ n° _____.

Data _____

Il Dirigente Medico
