



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1

Modulo di richiesta trasporto salma (comma 1, art.10, L.R. n. 34/2008)

Il sottoscritto/a	
nato/a	
il	
Residente a	
In via n.	
cap.	
Documento di riconoscimento tipo _____	
n.	
rilasciato da	
il	
in qualità di	
del defunto/a	
nato/a il	
a	
già residente in vita a	
in Via n. _____	
C.F.	
deceduto nel comune di	
in data	
alle ore	

Si richiede che la salma di cui sopra possa essere trasportata presso:

- Abitazione privata in Via _____ a _____
- Obitorio sito in Via _____ a _____
- Struttura per il commiato sita in Via _____ a _____
- Luogo di culto sito in Via _____ a _____
- Servizio mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private in Via _____
a _____
- Altro _____

FAMILIARE _____ PERSONA CONVIVENTE _____ DELEGATO _____
Firma Firma Firma

MODULO B- Polizia Mortuaria