

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1

Modulo per certificazione medica per il trasporto salma (comma 2, art. 10- LR. N. 34/2008)

All'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di _____
E del Comune di _____

Alla ASL di _____
a di _____

Il sottoscritto medico curante Dr./Dr.ssa (1) _____

Dipendente/Convenzionato con la ASL _____

DICHIARA CHE

| | |
|--------------------------|----|
| Il/la Sig./ra | |
| nato/a | |
| il | |
| residente a | |
| In via n. | |
| cap. | |
| Stato civile | |
| coniugato/a con | |
| identificato/a con _____ | N. |
| rilasciato da | |
| il | |
| E' deceduto/a il giorno | |
| alle ore | |
| presso | |

È escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato

LA SALMA PUO' ESSERE TRASPORTATA senza pregiudizio per la salute pubblica.

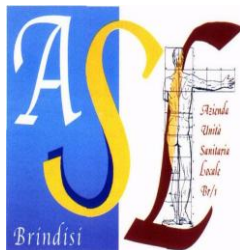
Il trasporto, come da richiesta dei familiari acquisita agli atti, sarà effettuata presso:

- Abitazione privata in via _____ a _____
- Obitorio sito in via _____ a _____
- Struttura per il commiato sita in via _____ a _____
- Luogo di culto idoneo sito in via _____ a _____
- Servizio mortuale delle strutture ospedaliere pubbliche o private in via _____ a _____

Li _____

Il Medico _____

MODULO E -Polizia Mortuaria



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1

| | |
|--|--|
| Il sottoscritto(2) | |
| nella sua qualità di titolare//responsabile della conduzione dell'impresa funebre | |
| con sede a | |
| in via n. | |
| autorizzazione n. | |
| del | |
| rilasciata dal Comune di | |
| vista la richiesta di trasferimento della salma sopra indicata, effettuata dal Sig. in qualità di avente titolo | |

DICHIARA

- che il trasporto avverrà in data _____ alle ore _____ a mezzo di autotunebre targata _____ condotta da _____;
- che il trasporto della salma del/la defunto/a suddetto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dall'art. 10 della L.R. n. 34/2008 con la salma riposta in contenitore non sigillato;
- che la salma sarà posta in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita come stabilito dall'art.10 comma 45 L.R.n.34/2008.

Li _____

il dichiarante

| | |
|--|--|
| Il sottoscritto(3) | |
| nella sua qualità di | |
| sita in | |
| dichiara di ricevere la salma sopraindicata il giorno | |
| alle ore | |

L'addetto al trasporto

Il dichiarante

MODULO E-Polizia Mortuaria

Note per la compilazione

1. Il modulo va compilato a cura del medico curante o del medico, dipendente o convenzionato con il servizio nazionale, intervenuto in occasione del decesso.
2. L'addetto al trasporto deve inviare il modulo, a mezzo fax, e-mail o servizio postale al Comune ove è avvenuto il decesso, al Comune di destinazione della salma e alle AA.SS.LL. competenti per territorio.
3. Il responsabile dell'obitorio, della struttura per il commiato o del servizio mortuario deve dare notizia della ricezione della salma al Comune ove è avvenuto il decesso, al Comune di destinazione della salma e alle AA.SS.LL. competenti per territorio: per il trasferimento presso abitazione privata o luogo di culto. I predetti adempimenti sono a carico dell'impresa funebre.