

Logo ASL  
AZIENDA SANITARIA LOCALE



Certificato a. 3  
REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica U. O. T. \_\_\_\_\_

IL MEDICO NECROSCOPO

Vista la richiesta presentata da \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_, di sottoporre a cremazione il cadavere \_\_\_\_\_, deceduto in questo Comune in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_;

Visto l'art 79 del Regolamento di Polizia Mortuaria, DPR 10.09.1990, n. 285;

Visto l'art 3, comma 1, lettera a) della Legge 30.03.2001, n. 130;

Visto <sup>1)</sup>:

- la Scheda di Morte ISTAT redatta dal Dr. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ dalla quale si esclude il sospetto che la morte sia dovuta a reato;
- quanto riportato nel registro delle cause di morte agli atti di quest'Ufficio, relativamente alla causa di morte del predetto defunto che esclude il sospetto che la morte sia dovuta a reato;
- il nulla osta rilasciato dalla competente Autorità Giudiziaria in data \_\_\_\_\_

CERTIFICA

che il cadavere di \_\_\_\_\_ può essere cremato, salvo il rilascio dell'autorizzazione di competenza del Sindaco ai sensi dell'art. 79 del DPR 285/90.

Si da atto che <sup>1)</sup>:

- è stato effettuato il prelievo di formazioni pilifere di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale di attuazione della L.R. 34/2008;
- non è stato effettuato il prelievo di formazioni pilifere di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale di attuazione della L.R. 34/2008, in quanto \_\_\_\_\_;
- il cadavere non è portatore di pacemaker;
- il cadavere era portatore di pacemaker e questo è stato rimosso, come risulta da attestazione a firma di \_\_\_\_\_

Rilasciato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

IL MEDICO NECROSCOPO <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Barrare la voce che interessa

<sup>2)</sup> Timbro e firma leggibile del medico