



Certificato a. 1

Logo ASL

AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

REGIONE PUGLIA

**Modulo per certificazione medica per il trasporto salma
(art. 10 - L.R. n. 34/2008)**

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

Alla ASL di _____
e di _____

Il sottoscritto medico curante Dr./Dr.ssa (1) _____
Dipendente/Convenzionato con la ASL _____

DICHIARA CHE

il /la sig./ra _____ nato/a
a _____ il _____ cittadinanza
_____ residente a _____ in Via _____
n. _____ stato civile _____ coniugato/a con _____ identificato con
_____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

E' DECEDUTO/A il giorno _____ alle ore _____ presso _____

E' ESCLUSO il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

LA SALMA PUÒ ESSERE TRASPORTATA senza pregiudizio per la salute pubblica.

Il trasporto, come da richiesta dei familiari acquisita agli atti, sarà effettuato 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 mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private in via _____ a _____

_____, li _____

Il Medico

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 autofunebre 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 4, L.R. n. 34/2008.

_____, li _____

Il dichiarante

Il sottoscritto (3) _____ nella sua qualità di _____ della struttura _____ sita in _____ dichiara di ricevere la salma sopra indicata il giorno _____ alle ore _____

L'addetto al trasporto

Il dichiarante

Note per la compilazione

1. Il modulo va compilato a cura del medico curante o del medico, dipendente o convenzionato con il servizio sanitario 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.