

1.2 Modulo per trasporto di salma - prima dell'accertamento di morte  
(Allegato 2)

**ALLEGATO 2**  
**MODULO PER TRASPORTO DI SALMA**  
**(prima dell'accertamento di morte)**  
(Art. 4 comma 4 L.R. n. 22/2003)  
(Art. 39 comma 1 del Regolamento Regionale n. 6/2004)

All'Ufficiale di stato civile del Comune  
di .....  
e di .....  
All'A.S.L. di .....  
e di .....

Il sottoscritto, medico chirurgo, Dr./Dr.ssa .....  
Dipendente/Convenzionato con l'A.S.L./AO di .....

DICHIARA

che il/la Sig./ra ..... nato/a a ..... il  
..... cittadino ..... residente a ..... in via  
..... n. .... stato civile ..... coniugato/a con,  
..... è deceduto/a il giorno ..... alle ore .....  
presso..... e che la salma può essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di osservazione, presso:

- Deposito di osservazione comunale sito in via ..... a  
.....
- Sala del commiato, sita in via ..... a  
.....
- Struttura Sanitaria denominata ..... a  
.....
- Abitazione sita in via ..... a  
.....

..... li .....

Il Medico .....  
(timbro e firma)

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di titolare/direttore tecnico  
dell'Impresa Funebre ..... con sede a .....

in via ..... n. .... autorizzazione n. .... del  
..... rilasciata dal Comune di .....

Vista la richiesta effettuata in qualità di avente titolo, dal Sig.  
..... di trasferimento della salma sopra generalizzata.

DICHIARA

che il trasporto avverrà in data ..... alle ore ..... a mezzo di  
autofunebre targata ..... condotta da  
.....

che il trasporto del cadavere del/la defunto/a suddetto/a è effettuato conformemente  
alle prescrizioni previste dall'art. 4, comma 4 della Legge Regionale n. 22/2003 con il  
cadavere riposto in contenitore non sigillato;

che durante il periodo di osservazione il cadavere sarà posto in condizioni che non  
ostacolino eventuali manifestazioni di vita come stabilito all'art 4, comma 2 della Legge  
Regionale n. 22/2003;

..... li .....

Il dichiarante .....

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di respon-  
sabile della struttura ..... sita in .....  
Dichiara di ricevere la salma sopra indicata il giorno ..... alle ore  
.....

L'addetto al trasporto .....

Il dichiarante .....

**Note per compilazione:**

(1) Il modulo va inviato all'Ufficiale dello stato civile ed all'A.S.L. ove è avvenuto il decesso e  
ove è destinata la salma preventivamente alla partenza. Il modulo in originale con le firme  
segue la salma e va inoltrato successivamente al Comune di decesso. In alternativa alla tra-  
missione del modulo sottoscritto dal medico, prima della partenza della salma, è possibile  
inoltrare anche i soli dati in esso contenuti per fax o altro sistema telematico ai soggetti tito-  
lati ai compiti di vigilanza.

(2) I dati identificativi della salma vanno riportati in quanto il presente modulo ha validità an-  
che come dichiarazione o avviso di morte, salvo che la stessa sia già stata effettuata.

(3) I dati del coniuge vanno comunque indicati anche se trattasi di vedovo/a.

(4) Il responsabile della struttura ricevente deve dare notizia della ricezione della salma agli

stessi soggetti in indirizzo (art. 39, comma 4 del Reg. Regionale n. 6/2004).