

**RICHIESTA PER IL TRASPORTO SALMA DURANTE IL PERIODO DI OSSERVAZIONE**

*Allegato I della Deliberazione della Giunta della Regione Piemonte 13.01.2014 n. 13-7014 BU3 16/01/2014*

il/la sottoscritto/a, medico chirurgo, dott/ssa \_\_\_\_\_  
Dipendente/Convenzionato con l'ASL/AO di \_\_\_\_\_  
Direttore sanitario della Struttura \_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE**

Il signor/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_  
Residente/Domiciliato a \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_  
E' deceduto/a il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_

E che la salma può essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato, per la prosecuzione del periodo di osservazione, presso:

- deposito di osservazione comunale sito a \_\_\_\_\_
- presso struttura per il commiato sita nel Comune di \_\_\_\_\_
- struttura sanitaria denominata \_\_\_\_\_
- Abitazione sita nel Comune di \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**IL MEDICO**  
(Timbro e firma)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nella sua qualità di titolare/responsabile  
dell'Impresa funebre \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_  
Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_  
VISTA la richiesta effettuata dall'avente titolo sig./ra \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_ di trasferimento della salma come sopra generalizzata,

**DICHIARA**

- che il trasporto avverrà in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ a mezzo di auto funebre  
targata \_\_\_\_\_ condotta dal sig/a \_\_\_\_\_
- che il trasporto della salma suddetta è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dal Regolamento  
regionale 8 agosto 2012, n. 7/R, con salma posta in contenitore non sigillato
- che durante il periodo di osservazione il cadavere sarà posto nelle condizioni che non ostacolino eventuali  
manifestazioni di vita

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua qualità di responsabile della  
struttura \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_  
Dichiara di ricevere la salma sopra indicata il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**L'ADDETTO AL TRASPORTO**