

n.b. Originale da consegnare al Comune di Decesso

FAX da inviare immediatamente al Comune di decesso a cura dell'addetto al trasporto

FAX da inviare immediatamente alla U.O. Medicina Legale a cura dell'addetto al trasporto

ATTESTATO MEDICO PER IL TRASPORTO DI SALMA (Art. 10, comma 2 L.R.19/2004)

di _____ nato/a il ____/____/____
(generalità del defunto)

a _____ (____) deceduto/a il ____/____/____ alle ore _____

Io sottoscritto _____ ☐ emergenza territoriale

☐ continuità assistenziale - ☐ medico curante ☐ - altro _____

Certifico

di essere intervenuto, alle ore _____ del giorno ____/____/____ nel Comune di _____

_____ Via _____ n. _____;

di aver posto diagnosi di morte e che dalla visita effettuata NON ravviso ipotesi di reato. Il trasporto della salma, se effettuato nei modi previsti dalla LR 19/2004, può svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica.

La salma verrà trasportata, come da richiesta dei familiari, presso la seguente struttura:

Timbro e firma

Rilasciato il ____/____/____ alle ore _____

Nota

Ai sensi dell'art.10, comma 4, della L.R. 19/04 la salma deve essere riposta, durante il trasporto, in contenitore impermeabile non sigillato, in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita. Il trasporto deve avvenire in tempi brevi. Inoltre il trasporto dovrà essere effettuato da impresa in possesso di apposita autorizzazione(art. 13 L.R.19/2004), con mezzi adeguati e nel rispetto delle norme in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori addetti.

La salma può essere trasferita presso:

1. l'obitorio o il deposito di osservazione delle salme;
2. I servizi mortuari delle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate;
3. strutture di commiato di cui all'art.14, comma 2, della L.R.19/04,

ove deve essere portato a termine il prescritto periodo di osservazione secondo le modalità previste dalla legge e deve essere effettuato l'accertamento della realtà di morte da parte del medico necroscopo.

Spazio riservato al referente della camera mortuaria di _____

per la salma sopraindicata Si COMUNICA via FAX al COMUNE di _____

• luogo di partenza _____

• data _____ ora _____ di accettazione salma

• addetto al trasporto _____