

Attestazione medica di trasporto di salma (prima dell'accertamento di morte)

Ai sensi del Regolamento Regionale 09/11/2004, n. 6, art. 39, com. 1

Il sottoscritto, medico chirurgo, dottor		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
in qualità di		
<input type="checkbox"/>	<i>dipendente</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>convenzionato</i>	
con l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di		
Comune dell'ATS		

DICHIARA

che la persona				
Cognome	Nome	Codice Fiscale		
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	
Residenza in vita				
Comune	Indirizzo	Civico	CAP	Provincia
Stato civile				
Coniuge (i dati del coniuge vanno comunque indicati anche se trattasi di vedovo/a)				
Cognome	Nome	Codice Fiscale		
è deceduta				
Luogo del decesso				
Comune	Indirizzo	Civico	CAP	Provincia
Data del decesso	Ora del decesso			
e che la salma può essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di osservazione, presso				
<input type="checkbox"/>	<i>deposito di osservazione comunale</i>			
<input type="checkbox"/>	<i>sala del commiato</i>			
<input type="checkbox"/>	<i>struttura sanitaria denominata (specificare)</i>			
<input type="checkbox"/>	<i>abitazione</i>			
sito in				
Comune	Indirizzo	Civico	CAP	Provincia

Luogo	Data	Il dichiarante