

	Amministrazione destinataria Regione Emilia Romagna Ufficio destinatario Ufficio	
--	---	--

Comunicazione di trasporto di salma (prima dell'accertamento di morte)

Il sottoscritto rappresentante della società incaricata per l'esecuzione dei lavori									
Cognome			Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>									
Ruolo									
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia			
Sede legale									
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale				Partita IVA					
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

vista la richiesta di trasferimento del defunto							
Cognome			Nome			Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita			Cittadinanza	
Residenza in vita							
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	CAP
Luogo del decesso							
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	CAP
Data del decesso				Ora del decesso			

effettuata da			
Cognome		Nome	Codice Fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il trasporto sarà effettuato, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di osservazione

con la seguente autoveicolo							
Modello		Targa					
condotta da							
Cognome		Nome			Codice Fiscale		
nel seguente giorno							
Data del trasporto				Ora del trasporto			
verso							
Destinazione							
<input type="radio"/>	deposito di osservazione comunale						
<input type="radio"/>	sala del commiato						
<input type="radio"/>	struttura sanitaria						
	Denominazione						
<input type="radio"/>	abitazione						
collocato/a in							
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Piano

DICHIARA INOLTRE

- che il trasporto del cadavere del defunto è effettuato conformemente alle prescrizioni imposte dalla normativa vigente 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

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione medica di trasporto di salma prima dell'accertamento di morte
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografacopia del documento d'identità)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante