

	Amministrazione destinataria Regione Abruzzo  Ufficio destinatario Protocollo	
--	---	--

## 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	
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 autofunebre						
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 autografa copia 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.
--------------------------	--

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>