

	<p>Amministrazione destinataria Regione Abruzzo</p> <p>Ufficio destinatario Protocollo</p>	
--	--	--

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 (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)							
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 veritiera 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 autonubre

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

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. |
|--------------------------|--|

Luogo	Data	Il dichiarante