

**ATTESTATO MEDICO PER IL TRASPORTO DI SALMA
(ART. 10, COMMA 2, L.R.19/04)**

di _____ nato/a il ____ / ____ / ____
(generalita' del defunto)

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

Io sottoscritto _____

medico _____
(medico curante, continuita'assistenziale, emergenza territoriale o altro)

certifico

di essere intervenuto, alle ore _____ del giorno ____ / ____ / ____ a _____

in 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 L.R. 19/04, puo' svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica.

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

Rilasciato il ____ / ____ / ____ alle ore ____

timbro e firma

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 dovra' essere effettuato da impresa in possesso di apposita autorizzazione (art. 13, L.R. 19/04), con mezzi adeguati nel rispetto delle norme in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori addetti.

La salma puo' 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 per il 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 modalita' previste dalla legge e deve essere effettuato l'accertamento della realta' della morte da parte del medico necroscopo.