

Amministrazione destinataria



Ufficio destinatario

## 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                       | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| 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 | Scala                         | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Codice Fiscale                |           |        |                             | Partita IVA |         |                               |       |                              |     |
| Telefono                      |           |        | Posta elettronica ordinaria |             |         | Posta elettronica certificata |       |                              |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**vista la richiesta di trasferimento del defunto**

|                   |        |           |                  |                 |              |       |       |                          |     |
|-------------------|--------|-----------|------------------|-----------------|--------------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome           |        | Nome      |                  | Codice Fiscale  |              |       |       |                          |     |
| Data di nascita   |        | Sesso     | Luogo di nascita |                 | Cittadinanza |       |       |                          |     |
| Residenza         |        | Indirizzo |                  | Civico          | Barrato      | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
| Provincia         | Comune |           |                  |                 |              |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Luogo del decesso |        | Indirizzo |                  | Civico          | Barrato      | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
| Provincia         | Comune |           |                  |                 |              |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| 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

deposito di osservazione comunale

sala del commiato

struttura sanitaria

Denominazione

abitazione

**collocato/a in**

|           |  |        |  |           |  |        |         |       |       |                          |     |
|-----------|--|--------|--|-----------|--|--------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Provincia |  | Comune |  | Indirizzo |  | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|           |  |        |  |           |  |        |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

### 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 (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

- copia dell'attestazione medica di trasporto di salma prima dell'accertamento di morte
- copia del documento d'identità del sottoscritto  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)*
- altri allegati

### 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)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Luogo

Data

il dichiarante