

	Amministrazione destinataria Regione Valle d'Aosta Ufficio destinatario Segretario generale	
--	--	--

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	Interno	SNC	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	Interno	SNC	CAP
									☐	
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		CAP
Luogo del decesso					
Provincia	Comune		Indirizzo		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						
☐	deposito di osservazione comunale					
☐	sala del commiato					
☐	struttura sanitaria					
	Denominazione					
☐	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)

☒	copia dell'attestazione medica di trasporto di salma prima dell'accertamento di morte
☐	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa copia del documento d'identità)</i>
☐	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)

☐	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