



**Regione
Umbria**

**MODULO PER IL TRASFERIMENTO DELLA
SALMA DURANTE IL PERIODO DI
OSSERVAZIONE**

**PARTE A - A CURA DEL MEDICO O ALTRO INCARICATO DALLA
DIREZIONE SANITARIA CHE HA CONSTATATO IL DECESSO**

Il/la sottoscritto/a medico Dr./Dr.ssa _____

Dipendente/Convenzionato con _____

in data |_|_|_|_|_|_|_|_| presso l'abitazione/ospedale/località _____

_____ sito/a in _____

_____ via/piazza/località _____

DOPO AVER ESCLUSO

il sospetto che la morte sia dovuta a reato,
che il decesso è dovuto a malattia infettiva di cui al DM 15 dicembre 1990,
HA CONSTATATO LA MORTE

del/la sig. /sig.ra _____

nato/a a _____ il |_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a _____ via _____

documento di identità _____

deceduto/a il giorno |_|_|_|_|_|_|_|_| alle ore |_|_|_|_| per CAUSE NATURALI

E DICHIARA CHE NULLA OSTA

all'eventuale trasferimento della salma per la prosecuzione del periodo di osservazione
purché esso avvenga senza pregiudizio per la salute pubblica e in condizioni che
non vengano ostacolate eventuali manifestazioni di vita.

Il medico _____

(timbro e firma)

Il soggetto esercente l'attività funebre, incaricato dal/i avente/i diritto, invia, anche per via telematica, la comunicazione dell'avvenuto trasferimento della salma al comune in cui è avvenuto il decesso, al comune ove è destinata la salma nonché alla ASL territorialmente competente per il luogo di destinazione della salma al fine, se non effettuato precedentemente, dell'accertamento di morte e la relativa certificazione necroscopica.