

Alla Direzione Medica Ospedaliera A.O.U.I. Verona

e p.c. Al Personale Cella Salme

Borgo Trento

Borgo Roma

**Ai sensi della Legge della Regione Veneto 4 marzo 2010 n.18 e correlati**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In qualità di:

**avente titolo** (si allega fotocopia di documento di identità)

del/la defunto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL TRASFERIMENTO DEL CADAVERE DURANTE IL PERIODO DI OSSERVAZIONE**

Presso:

**Domicilio del defunto** (indirizzo e Comune) \_\_\_\_\_

**Struttura obitoriale** (indirizzo e Comune) \_\_\_\_\_

**Casa funeraria** (indirizzo e Comune) \_\_\_\_\_

da parte dell'Impresa funebre \_\_\_\_\_ alla quale si consegna copia di avviso di morte, di visita necroscopica e di scheda ISTAT. Detta impresa dichiara che la normativa dei territori attraversati consente il trasferimento della salma in cassa aperta secondo le stesse modalità previste dalla Regione Veneto.

Il Richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

L'Impresa funebre \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**VISTO SI AUTORIZZA**  
**Il Direttore Medico**

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
(Dirigente medico)

**VISITA NECROSCOPICA EFFETTUATA**

**SI** (allegata fotocopia)

**L'ADDETTO DELL'IMPRESA FUNEBRE CHE**  
**EFFETTUA IL PRELEVAMENTO DEL CADAVERE**

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)

**L'OPERATORE DELLA CELLA SALME CHE**  
**CONSEGNA IL CADAVERE**

\_\_\_\_\_  
(Firma)

data \_\_\_\_\_ e ora \_\_\_\_\_

**Il presente modulo va conservato in originale, unitamente agli allegati, presso la Direzione medica  
Copia del modulo va conservata presso la cella salme**