

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.

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**