



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1

IMPRESA FUNEBRE

| | |
|--|--|
| Il sottoscritto (3) | |
| Nella sua qualità di titolare responsabile della conduzione dell'impresa funebre | |
| con sede a | |
| in via n. | |
| Autorizzazione n. | |
| del | |
| rilasciata dal Comune di | |
| Vista la richiesta di trasferimento della salma sopra indicata effettuata dal Sig./ra | |

In qualità di avente titolo

Dichiara

- Che il trasporto avverrà in data _____ alle ore _____ a mezzo di auto funebre targata _____ Condotta da _____;
- Che il trasporto della salma del/la defunto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dall'art. 10 della L.R. n.34/2008 e successive modifiche con la salma riposta in contenitore non sigillato;
- Che durante il periodo di osservazione la salma sarà posta in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita come stabilito dall'art. 10, comma 4 e successive modifiche L.R. n. 34/2008.

Li _____

Il Dichiarante(4)

(3) L'addetto al trasporto deve inviare il modulo, a mezzo fax, e-mail o servizio postale al Comune ove è avvenuto il decesso, al Comune di destinazione della salma e alle AA.SS.LL. territorialmente competenti.

(4) Firma e Timbro

MODULO G - Polizia Mortuaria