

## RICHIESTA DI OSPITALITA' SALMA DURANTE IL PERIODO DI OSSERVAZIONE

Il sottoscritto/a, soggetto richiedente, (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
TITOLARE DELL' IMPRESA FUNEBRE \_\_\_\_\_  
CON SEDE A \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_  
vista la richiesta effettuata dall'avente titolo Sig./ra \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_ relativa al trasferimento della salma di  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e deceduto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_,

## CHIEDE

l'autorizzazione all'accoglimento della salma:

- a cassa aperta (periodo di osservazione non concluso)
- a cassa chiusa (periodo di osservazione concluso)

presso la camera mortuaria dell'ospedale di \_\_\_\_\_

Osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma (per esteso) \_\_\_\_\_

### Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Dichiara in ultimo di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di essere informato/a che il conferimento dei dati personali è obbligatorio in base alla legge, regolamento, normativa nazionale o comunitaria che disciplina la prestazione e gli adempimenti connessi ed è indispensabile per l'istruzione, la gestione e la definizione della pratica o del procedimento da lei richiesto. Potrà reperire ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sul sito istituzionale dell'ASL CN1.

Data \_\_\_\_\_ Firma (per esteso) \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

*A richiedere l'autorizzazione del Medico necroscopo per l'accoglienza della salma presso la camera mortuaria di una struttura ospedaliera dell'ASL CN1 per i decessi avvenuti in altro luogo.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*I familiari e/o conviventi o loro delegato (l'Impresa Funebre)*

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE AL MODULO**

- *Copia del Modulo "Richiesta di trasporto salma durante il periodo di osservazione (All. 1 DGR 13 gennaio 2014 n. 7014)" predisposta per l'autorizzazione del Comune;*
- *Scheda ISTAT*

### **PAGAMENTO DIRITTI SANITARI**

*Il versamento della tariffa di € 250,00 + IVA dovrà essere effettuato mediante bonifico bancario entro 7 giorni.*

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*Il modulo dovrà essere debitamente compilato ed inviato con i relativi allegati da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo della sede territorialmente competente:*

[medicinalegale.cuneo@aslcn1.it per la zona di Cuneo](mailto:medicinalegale.cuneo@aslcn1.it)

[medicinalegale.mondovi@aslcn1.it per la zona di Mondovì e Ceva](mailto:medicinalegale.mondovi@aslcn1.it)

[medicinalegale.savigliano@aslcn1.it per la zona di Savigliano, di Fossano e di Saluzzo](mailto:medicinalegale.savigliano@aslcn1.it)

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

*Nella stessa giornata della richiesta.*