

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)

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo dovrà essere debitamente compilato ed inviato con in allegato copia della richiesta "Richiesta di trasporto salma durante il periodo di osservazione" predisposta per l'autorizzazione del comune:

- 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.