

## RICHIESTA DI VISITA NECROSCOPICA

Il sottoscritto/a, soggetto richiedente, (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

FUNZIONARIO DEL COMUNE di \_\_\_\_\_

IMPRESA FUNEBRE \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

## CHIEDE

la visita necroscopica nei confronti del Defunto:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e deceduto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo ove effettuare la visita

*(compilare solo se il luogo del decesso è diverso da quello della visita necroscopica)*

Funerale programmato per il giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_,

Nulla osta al trasporto di salma all'estero (passaporto Mortuario)

Trattamento conservativo

Cremazione

Rimozione D.I.A

Trasporto cassa aperta:  no  sì, previsto per le ore \_\_\_\_\_

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'intervento del Medico necroscopo per i decessi avvenuti al di fuori delle strutture Ospedaliere, ai fini dell'accertamento della realtà della morte, ai sensi del Regolamento di Polizia Mortuaria D.P.R. N. 285 del 10/09/1990.*

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

*Il Funzionario del Comune oppure l'Impresa Funebre su delega del Comune.*

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

*Il modulo dovrà essere debitamente compilato ed inviato:*

*- 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 Mondovi](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**

*Tra la 15<sup>a</sup> e la 30<sup>a</sup> ore dal decesso. Il Certificato necroscopico, di norma, viene rilasciato presso la sede dove è stata effettuata la visita.*