
Timbro impresa Funebre

A

Ufficio di stato civile

Comune di

Oggetto: trasferimento salma per periodo di osservazione presso
e/o la struttura del commiato sita in

Visto il DPR 285/1990 e la Legge Regionale n. 4 del 03/03/2020

Il/La sottoscritto/a dott.
in qualità di medico-curante / medico di C.A. / medico necroscopo /

CERTIFICA

che la salma di
nato/a a (.....) il
residente in vita in (.....) in via
deceduto/a a (.....) in via
il giorno alle ore

NON PRESENTA SEGNI, INDIZI O SOSPETTI DI MORTE VIOLENTA O DOVUTA A REATO, E CHE IL DECESSO NON E' DOVUTO A MALATTIA INFETTIVA DIFFUSIVA E CHE NON SUSSISTONO CONDIZIONI CHE POSSANO CAGIONARE PREGIUDIZIO PER LA SALUTE PUBBLICA

Ai sensi dell'art. 10 comma 4 della legge regionale 4 del 3/03/2020 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 12 del 6/03/2020), la salma può essere trasportata per l'osservazione presso la struttura di cui in oggetto. Si rilascia per gli usi dalla legge consentiti.

_____ li _____

In fede
