

Allegato A

Modello di Attestato medico per il trasporto di salma (art. 2 , comma 2, L.R. 18/07)

di.....(generalità del defunto),
nato/a il...../...../.....a.....(.....);
deceduto /a il/...../.....alle ore.....
Io sottoscritto
medico.....(medico curante, continuità
assistenziale, emergenza territoriale)
certifico

di essere intervenuto, alle oredel giorno...../...../.....
In.....Via.....n.....
di aver constatato il decesso e che dalla visita effettuata non ravviso ipotesi di reato
Il trasporto della salma, se effettuato nei modi previsti dalla legge L. R. 18/07
può svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica.
La salma verrà trasportata, come da richiesta dei familiari , presso la seguente
struttura:.....
Rilasciato il...../...../.....alle ore.....

timbro e firma