

AZIENDA SANITARIA LOCALE

Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica

U.O.T. _____

IL MEDICO NECROSCOPO

Vista la richiesta presentata da _____ nato/a _____

Il _____ in qualità di _____ di sottoporre a cremazione il cadavere di _____
_____ deceduto in questo comune in data _____ alle ore _____

Per _____

Visto l'art.79 del regolamento di Polizia Mortuaria D.P.R. 10/09/1990 n.285;

Visto l'art.3, comma 1, lett.a) della legge 30/03/2001, n.130

Visto: ⁽¹⁾

La scheda ISTAT redatta dal Dott. _____ in data _____
dalla quale si esclude il sospetto che la morte sia dovuta a reato;

Quanto riportato nel registro delle cause di morte agli atti di quest'ufficio, relativamente alla causa di morte del predetto defunto che esclude il sospetto che la morte sia dovuta a reato;

il nulla osta rilasciato dalla competente Autorità Giudiziaria in data _____

CERTIFICA

Che il cadavere di _____ può essere cremato, salvo il rilascio dell'autorizzazione di competenza del Sindaco ai sensi dell'art.79 del D.P.R.285/90.

Si da atto che:

E' stato effettuato il prelievo di formazioni pilifere di cui all'art.10 del Regol-Reg.le di attuazione della L.R.31/2008.

Non è stato effettuato il prelievo di formazioni pilifere di cui all'art. 10 del Regol-Reg.le di attuazione della L.R.34/2008 in quanto _____

Il cadavere NON è portatore di pacemaker

Il cadavere era portatore di pacemaker e questo è stato rimosso, come risulta da attestazione a Firma di _____

Rilasciato a _____ il _____

Barrare la voce che interessa

IL MEDICO NECROSCOPO
(Timbro e firma leggibile del Medico)