

**Amministrazione destinataria**

Comune di Concorezzo

**Ufficio destinatario**

Ufficio Anagrafe

**Comunicazione di trasporto di salma (prima dell'accertamento di morte)****Il sottoscritto rappresentante della società incaricata per l'esecuzione dei lavori**

|                    |                |        |                             |                |                               |         |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             | Codice Fiscale |                               |         |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza                  |         |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico         | Barrato                       | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |        | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |         |       |       |     |     |

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

|                               |           |        |                             |             |         |                               |       |       |     |     |
|-------------------------------|-----------|--------|-----------------------------|-------------|---------|-------------------------------|-------|-------|-----|-----|
| Ruolo                         |           |        |                             |             |         |                               |       |       |     |     |
| Denominazione/Ragione sociale |           |        |                             |             |         | Tipologia                     |       |       |     |     |
| Sede legale                   | Provincia | Comune | Indirizzo                   | Civico      | Barrato | Interno                       | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Codice Fiscale                |           |        |                             | Partita IVA |         |                               |       |       |     |     |
| Telefono                      |           |        | Posta elettronica ordinaria |             |         | Posta elettronica certificata |       |       |     |     |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**vista la richiesta di trasferimento del defunto**

|                   |        |           |                  |                 |                |         |         |       |       |                          |     |
|-------------------|--------|-----------|------------------|-----------------|----------------|---------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome           |        | Nome      |                  |                 | Codice Fiscale |         |         |       |       |                          |     |
| Data di nascita   |        | Sesso     | Luogo di nascita |                 | Cittadinanza   |         |         |       |       |                          |     |
| Residenza         |        | Indirizzo |                  |                 | Civico         | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
| Provincia         | Comune |           |                  |                 |                |         |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Luogo del decesso |        | Indirizzo |                  |                 | Civico         | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
| Provincia         | Comune |           |                  |                 |                |         |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Data del decesso  |        |           |                  | Ora del decesso |                |         |         |       |       |                          |     |

**effettuata da**

|         |  |      |  |  |                |  |  |  |  |
|---------|--|------|--|--|----------------|--|--|--|--|
| Cognome |  | Nome |  |  | Codice Fiscale |  |  |  |  |
|---------|--|------|--|--|----------------|--|--|--|--|

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che il trasporto sarà effettuato, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di osservazione

**con la seguente autoveicolo**

|         |       |
|---------|-------|
| Modello | Targa |
|---------|-------|

**condotta da**

|         |  |      |  |  |                |  |  |  |  |
|---------|--|------|--|--|----------------|--|--|--|--|
| Cognome |  | Nome |  |  | Codice Fiscale |  |  |  |  |
|---------|--|------|--|--|----------------|--|--|--|--|

**nel seguente giorno**

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| Data del trasporto | Ora del trasporto |
|--------------------|-------------------|

**verso**

Destinazione

deposito di osservazione comunale

sala del commiato

struttura sanitaria

Denominazione

abitazione

**collocato/a in**

|           |        |           |  |  |        |         |         |       |       |                          |     |
|-----------|--------|-----------|--|--|--------|---------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Provincia | Comune | Indirizzo |  |  | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|           |        |           |  |  |        |         |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

### DICHIARA INOLTRE

- che il trasporto del cadavere del defunto è effettuato conformemente alle prescrizioni imposte dalla normativa vigente con il cadavere riposto in contenitore non sigillato
- che durante il periodo di osservazione il cadavere sarà posto in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia dell'attestazione medica di trasporto di salma prima dell'accertamento di morte
- copia del documento d'identità del sottoscritto  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Concorezzo

Luogo

Data

il dichiarante