

**Amministrazione destinataria**

Comune di Sarezzano

Ufficio destinatario

Ufficio Segreteria

Comunicazione di trasporto di salma a cassa aperta**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	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Luogo del decesso	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
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

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 a cassa aperta

copia del documento d'identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa copia del documento d'identità)

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.

Luogo

Data

il dichiarante