

In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale



## Attestazione medica di trasporto di salma

### Il sottoscritto medico chirurgo

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

### Dipendente o convenzionato con l'ASL/AO di

Provincia	Comune
-----------	--------

### 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	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Luogo del decesso	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Data del decesso			Ora del decesso						

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

### verso

Destinazione		
<input type="radio"/> deposito di osservazione comunale <input type="radio"/>		
Caronno Varesino		
Luogo	Data	Il dichiarante

abitazione

**collocato/a in**

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP