



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867
CERTIFICATO TRASPORTO SALMA

rev 0.0 2023

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune

di _____

e di _____

Alla ASL / ASP _____

di _____

e di _____

Il sottoscritto medico chirurgo Dott/Dott.ssa _____

Dichiara

che il/la Sig./ra _____

nato/a _____ il _____ cittadino _____

residente a _____ in via _____ n° _____

stato civile _____

coniugato/a con _____

è deceduto/a il giorno _____ alle ore _____ presso _____

e che la salma può essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica presso il comune

di: _____

(legge 3 marzo 2020 n° 4)

_____ lì, _____ Il Medico (timbro e firma) _____

Il sottoscritto _____ nella sua qualità di

titolare/direttore tecnico dell'Impresa Funebre _____ con sede a

_____ in via _____ n° _____ autorizzazione n°

_____ del _____ rilasciata dal comune di

VISTA la richiesta effettuata in qualità di avente titolo, dal Sig _____ di

trasferimento della salma sopra generalizzata DICHIARA

che il trasporto avverrà in data _____ alle ore _____

a mezzo auto funebre targata _____

condotta da _____

_____ lì, _____ Il dichiarante _____