



Pubblica Assistenza Gestione Servizi

Modello di attestato medico per il trasporto di salma e pacemaker (art. 2 comma 2 L.R. 18/07)

di _____ (generalità del/la defunto/a)

nato/a a _____ provincia di _____ il ____ / ____ / ____

deceduto/a _____ provincia di _____ il giorno ____ / ____ / ____ alle ore ____ : ____

Io sottoscritto/a _____ (medico curante, continuità assistenziale, emergenza territoriale)

CERTIFICO

di essere intervenuto il giorno ____ / ____ / ____ nel comune di _____ ()

in Via _____ al n° _____

e di aver constatato il decesso e che dalla visita effettuata non ravviso ipotesi di reato.

Il trasporto della salma, se effettuato nei modi previsti dalla legge L.R. 18/07 può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica. La salma verrà trasportata, come richiesta dei familiari, presso la seguente struttura: _____

Il/la defunto/a O è portatore O non è portatore di Pacemaker

Spazio da compilare a cura del medico che rimuove l'eventuale Pacemaker

Io sottoscritto/a dott. _____ dichiaro di aver provveduto alla

rimozione del Pacemaker dal cadavere di cui sopra alle ore ____ : ____ del giorno ____ / ____ / ____

(timbro e firma del medico) _____

Timbro e Firma

li ____ / ____ / ____

Dr. _____