

Marca da bollo

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI  
SAVIGNANO SUL RUBICONE

**OGGETTO. DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER IL TRASPORTO DI CADAVERE.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

a norma degli artt. 24 e 34 del D.P.R. 285/1990 l'autorizzazione per il trasporto del cadavere di:

\_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in vita in \_\_\_\_\_  
deceduto/a in Savignano sul Rubicone il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

- dalla camera mortuaria dell'Ospedale "Hospice Santa Colomba"
- dalla camera mortuaria del cimitero centrale di questo Comune
- dalla civile abitazione sita in Savignano s/R. – via \_\_\_\_\_
- dal Comune di \_\_\_\_\_ camera mortuaria di \_\_\_\_\_
  
- al cimitero di \_\_\_\_\_ di questo Comune
- al Comune di \_\_\_\_\_ cimitero di \_\_\_\_\_  
per essere:  inumato/a     tumulato/a.

A tal fine dichiara:

- che l'impresa funebre sopra citata è convenzionata con l'A.U.S.L. per l'affidamento dei compiti di verifica del feretro, trattamenti conservativi e riconoscimento delle salme;
- che il trasporto e l'accompagnamento del cadavere sarà fatto con mezzi perfettamente rispondenti alle disposizioni di cui agli artt. 20, 21 e 36 D.P.R. 285/1990 dal sig. \_\_\_\_\_  
il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ a mezzo \_\_\_\_\_.

Allega alla presente quanto segue:

- Nulla osta sanitario dell'AUSL per il trasporto fuori Regione (Mod. PM2)
- N. 1 marca da bollo da € 16,00
- copia documento di identità del richiedente
- \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il richiedente \_\_\_\_\_

(1) Coniuge, figlio, genitore, incaricato dell'impresa di pompe funebri, ecc.