



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO
UNITÀ OPERATIVA MEDICINA LEGALE
Dirigente medico Responsabile: Dott. Fedele Caiazza
Via Ettore Vitale n. 248 – 88100 CATANZARO
Tel 0961 - 7033819 - Fax 0961 - 7033813
PEC: medicinalegale@aspc.asp.cz.it
Servizio di Polizia Mortuaria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Prot.

| |
|---|
| Azienda Sanitaria Provinciale - Catanzaro UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA LEGALE Ufficio Protocollo |
| 03 LUG. 2018 |
| PEC: <i>[Signature]</i> |

Catanzaro,

Sig. Presidente
Ordine Provinciale Dei Medici e
Degli Odontoiatri
Catanzaro

Oggetto: Trasporto salma

Con l'entrata in vigore della Legge Regionale n° 22 del 18 Giugno 2018, "Disposizioni in materia funeraria e di Polizia Mortuaria", essendo possibile il trasferimento della salma nello stesso o in altro Comune, presso strutture obitoriali o case funerarie autorizzate, anche prima che venga effettuato l'accertamento necroscopico e prima dello scadere del periodo di osservazione,

a decorrere dal 29 Giugno 2018

il Medico che effettua la constatazione di decesso (Medico curante, Medico di continuità assistenziale, del 118 ecc.) dovrà sempre e preventivamente certificare:

1. Che la morte non è dovuta a reato;
2. Che la salma non era affetta da malattie infettive – diffusive;
3. Che non sussiste pericolo per la salute pubblica;
4. Che quindi è possibile il trasferimento della salma in tutto il territorio Regionale, con l'impiego di un contenitore rigido o flessibile che non impedisca il rilevamento di eventuali manifestazioni di vita.

Tale certificazione è titolo valido per il trasferimento della salma che, comunque, dovrà essere autorizzato dal Sindaco.

Si comunica quanto sopra per l'opportuna comunicazione ai Sig.ri Colleghi interessati.

Distinti saluti

Il Dirigente Medico
Responsabile del Servizio
Dott. Franco Russo

Il Dirigente Medico Responsabile
Dell'U.O. di Medicina Legale
Dott. Fedele Caiazza

P.S.: si allega alla presente fac simile del certificato da redigere in ogni caso di constatazione di decesso

Il sottoscritto Dott. _____
residente in _____ Via _____, tel _____
in qualità di _____
(specificare se medico curante,, MMG, Medico di continuità assistenziale, ecc.)

CERTIFICA CHE

Nella casa posta in _____, Via _____, n° _____
ALLE ORE _____ DEL _____ è deceduto
il sig./ra _____
nato a _____ il _____.

Ai sensi dell'art. 13 comma 10 della L.R. n° 22 del 18 Giugno 2018, certifica inoltre che:

La morte è dovuta a reato _____; (specificare se SI o NO)

Trattasi della salma di soggetto affetto da malattie infettive -- diffuse _____; (specificare se SI o NO)

L'esposizione della salma comporta quindi pericolo per la salute pubblica _____; (specificare se SI o NO)

È possibile quindi il trasferimento della salma in tutto il territorio Regionale, con l'impiego di un contenitore rigido o flessibile che non impedisca il rilevamento di eventuali manifestazioni di vita. _____ (specificare se SI o NO)

_____, li _____

(Timbro e firma del Medico)