

Regione Lombardia

Delibera Giunta Regionale 21/01/2005, n. 20278

“Attuazione del regolamento regionale n. 6 in materia di attività funebri e cimiteriali. Approvazione dei contenuti formativi per gli operatori esercenti l’attività funebre (art. 32), dei modelli regionali (artt. 13, 14, 30, 36, 37, 39, 40 comma 6) nonché delle cautele igienico-sanitarie di cui all’art. 40, comma 4”

VISTA la legge regionale 18 novembre 2003, n. 22 “Norme in materia di attività e servizi cimiteriali”;

VISTO il regolamento regionale 9 novembre 2004, n. 6 “Regolamento in materia di attività funebri e cimiteriali”, che demanda alla Giunta Regionale gli adempimenti previsti agli articoli:

- 32, comma 6, individuazione dei requisiti formativi degli addetti all’attività funebre;
- 39, comma 2, modello per il trasporto di salma;
- 40, comma 6, modello per l’accertamento di morte;
- 36, comma 1, modello di verbale di chiusura feretro per trasporto di cadavere;
- 13, comma 2, modello per la dispersione delle ceneri;
- 14, comma 6, modello per l’affidamento delle ceneri;
- 37, comma 3, modello di libretto di idoneità dell’automezzo adibito al trasporto funebre;
- 30, comma 1, modello d’autorizzazione al trasporto e seppellimento di animale d’affezione;
- 40, commi 4 e 5, prescrizioni igienico sanitarie per il controllo della diffusione delle malattie infettive e per il controllo in caso di rischio di contaminazione ambientale da carbonchio e da sostanze radioattive.

VISTO il D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396 “Regolamento per la revisione e la semplificazione dell’ordinamento dello stato civile, a norma dell’art. 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127”;

VALUTATA la necessità di provvedere al più presto agli adempimenti sopra previsti e comunque prima dell’entrata in vigore del regolamento regionale n. 6 del 2004;

RITENUTO quindi, per quanto sopra, di approvare i seguenti allegati, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Allegato 1 – Requisiti formativi per direttore tecnico e operatori funebri;
- Allegato 2 – Modulo per il trasporto di salma;
- Allegato 3 – Modulo per l’accertamento di morte;
- Allegato 4 – Modello di verbale di chiusura feretro per trasporto di cadavere;
- Allegato 5 – Modulo per la dispersione delle ceneri;
- Allegato 6 – Modulo per l’affidamento delle ceneri;
- Allegato 7 – Modello di libretto di idoneità dell’automezzo adibito al trasporto funebre;
- Allegato 8 – Modulo di autorizzazione al trasporto e al seppellimento di animale d’affezione;
- Allegato 9 – Prescrizioni igienico sanitarie per il controllo della diffusione delle malattie infettive e per il controllo in caso di rischio di contaminazione ambientale da carbonchio e da sostanze radioattive.

RITENUTO, altresì di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale, ai fini della notifica a tutti i soggetti interessati e sul sito web della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, ai fini della diffusione dell’atto;

All’unanimità dei voti espressi ai sensi di legge;

DELIBERA

1. Di approvare i documenti allegati, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Allegato 1 – Requisiti formativi per direttore tecnico e operatori funebri;
- Allegato 2 – Modulo per il trasporto di salma;
- Allegato 3 – Modulo per l’accertamento di morte;
- Allegato 4 – Modello di verbale di chiusura feretro per trasporto di cadavere;
- Allegato 5 – Modulo per la dispersione delle ceneri;
- Allegato 6 – Modulo per l’affidamento delle ceneri;

- Allegato 7 – Modello di libretto di idoneità dell'automezzo adibito al trasporto funebre;
 - Allegato 8 – Modulo di autorizzazione al trasporto e al seppellimento di animale d'affezione;
 - Allegato 9 – Prescrizioni igienico sanitarie per il controllo della diffusione delle malattie infettive e per il controllo in caso di rischio di contaminazione ambientale da carbonchio e da sostanze radioattive.
2. Di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale, ai fini della notifica a tutti i soggetti interessati e sul sito web della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, ai fini della diffusione dell'atto.

Il Segretario
SALA

ALLEGATO 1
REQUISITI FORMATIVI PER DIRETTORE TECNICO E OPERATORI FUNEBRI
(art. 32, comma 6 regolamento regionale n. 6/04)

Modulo 1

1. Elementi normativi di base [2 ore] ore
2. Nozioni igienico-sanitarie nell'ambito dell'atti-vità funebre [4] ore
3. Caratteristiche delle casse e modalità di confezionamento [4] ore
4. Rapporti con i dolenti e con il pubblico [2] ore

Modulo 2

1. Elementi di legislazione in materia funeraria [4] ore
2. Trasporto funebre e verifiche dell'incaricato del trasporto [4] ore
3. Rapporti con ASL e Comuni [4] ore

Modulo 3

1. Elementi di legislazione in materia funeraria-specialistica [4] ore
2. I contratti di lavoro e le varie forme di collaborazione [4] ore
3. Elementi di gestione amministrativa [8] ore
4. Rapporti con i dolenti e con il pubblico in relazione alla trattazione degli affari e deontologia professionale [4] ore

Modulo Pratico 1

La formazione pratica deve avere una durata minima di [12] ore, concernenti la vestizione di una salma, il suo incasso, la chiusura del feretro sia di legno che di zinco, la conduzione di un'autofunebre, le tecniche e le modalità per la pulizia e l'eventuale disinfezione dell'autofunebre, della rimessa.

Modulo Pratico 2

La formazione pratica deve avere una durata minima di 16 ore, concernenti la simulazione di una trattativa per acquisizione di funerale, l'espletamento delle pratiche amministrative con il Comune e l'ASL, la esposizione del listino prezzi, la registrazione dei dati dell'interessato, le verifiche preliminari al trasporto, la creazione di semplici frasi di necrologio, la programmazione dei servizi, la conoscenza delle principali modalità di espletamento delle diverse forme di esequie.

Qualifica	Modulo 1	Modulo 2	Modulo 3	Modulo pratico 1	Modulo pratico 2	Totale ore teoria	Totale ore pratica
Direttore tecnico/addetto trattazione affari	X	X	X		X	44	16
Addetto al trasporto	X	X		X		24	12
Operatore funebre	X			X		12	12

Esami

I soggetti accreditati alla formazione svolgono esami per accertare la preparazione dei candidati, rilasciando attestato dell'avvenuto superamento delle prove previste.

ALLEGATO 2
MODULO PER TRASPORTO DI SALMA (PRIMA DELL'ACCERTAMENTO DI MORTE)
(art. 4 comma 4 legge regionale 22/2003) (art. 39 comma 1 del regolamento regionale 6/04)

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune di _____ e di _____
All'ASL di _____ e di _____

Il sottoscritto, medico chirurgo, Dr./Dr.ssa _____ Dipendente/Convenzionato con l'ASL/AO di _____
dichiara che il/la Sig./ra _____ nato/a 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, per la prosecuzione del periodo di
osservazione, presso:

- Deposito di osservazione comunale sito in via _____ a _____
- Sala del commiato, sita in via via _____ a _____
- Struttura Sanitaria denominata _____ a _____
- Abitazione sita in via _____ a _____

_____ li _____
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 so-
pra generalizzata

DICHIARA

- che il trasporto avverrà in data _____ alle ore _____ a mezzo di autofunebre targata _____
condotta da _____
- che il trasporto del cadavere del/la defunto/a suddetto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste
dall'art. 4 c. 4 della Legge Regionale n. 22/03 con il cadavere riposto in contenitore non sigillato;
- che durante il periodo di osservazione il cadavere sarà posto in condizioni che non ostacolino eventuali mani-
festazioni di vita come stabilito all'art 4 c. 2 della Legge Regionale n. 22/03.

_____ li _____
Il dichiarante _____

Il sottoscritto _____ nella sua qualità di responsabile della struttura _____ sita in _____
Dichiara di ricevere la salma sopra indicata il giorno _____ alle ore _____

L'addetto al trasporto _____
Il dichiarante _____

Note per compilazione

1. Il modulo va inviato all'Ufficiale dello Stato Civile ed all'ASL ove è avvenuto il decesso e ove è destinata la salma preventivamente
alla partenza. Il modulo in originale con le firme segue la salma e va inoltrato successivamente al Comune di decesso. In alternativa
alla trasmissione del modulo sottoscritto dal medico, prima della partenza della salma, è possibile inoltrare anche i soli dati in esso
contenuti per fax o altro sistema telematico ai soggetti titolati ai compiti di vigilanza.
2. I dati identificativi della salma vanno riportati in quanto il presente modulo ha validità anche come dichiarazione o avviso di morte,
salvo che la stessa sia già stata effettuata.
3. I dati del coniuge vanno comunque indicati anche se trattatisi di vedovo/a.
4. Il responsabile della struttura ricevente deve dare notizia della ricezione della salma agli stessi soggetti in indirizzo (art. 39 c. 4 del
Reg. Regionale n. 6/04).

ALLEGATO 3
MODULO PER ACCERTAMENTO DI MORTE
(art. 40, comma 6 del regolamento regionale n. 6/04)

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ residente a _____ in via _____ n. _____
recapito telefonico _____, in qualità di:

- Direttore Sanitario o delegato della struttura sanitaria di ricovero _____
 Direttore Sanitario o delegato della struttura socio-sanitaria _____
 Medico incaricato delle funzioni di necroscopo dall'ASL _____
con (indicare il tipo di provvedimento) _____ n. _____ del _____

CERTIFICA

- di aver accertato la morte del Sig./Sig.ra _____ nat_ il _____ a _____ residente a _____
in via _____ n. _____
 che il cadavere è portatore di pace-maker

E DISPONE

- L'ADOZIONE DELLE SEGUENTI MISURE PRECAUZIONALI IGIENICO-SANITARIE:

- LA RIDUZIONE DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE PER:

_____ li _____

Il Medico _____

CERTIFICA ALTRESÌ

- che non ha sospetto che la morte sia dovuta a reato

_____ li _____

Il Medico _____

Note per compilazione

1. Le precauzioni igienico sanitarie riguardano sia eventuali malattie infettive che eventuali contaminazioni ambientali e contaminazioni da materiale radioattivo.
2. Indicare se l'eventuale riduzione del periodo di osservazione viene disposta per decapitazione, maciullamento, avanzato stato di decomposizione o putrefazione o altre motivazioni specifiche ovvero se sia stata effettuata rilevazione elettrocardiografica per 20 minuti.

ALLEGATO 4
MODELLO DI VERBALE DI CHIUSURA FERETRO PER TRASPORTO CADAVERE
(esclusi i trasferimenti all'estero) (art. 36, comma 1 del regolamento regionale n. 6/04)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ residente a _____ in via _____ n. _____
in qualità di addetto al trasporto, chiamato ad eseguire il trasporto del cadavere di _____
nato/a _____ il _____ residente a _____ in via _____ n. _____ Cod.Fiscale _____
dal Comune di _____ al Cimitero di _____ previa sosta presso _____ per la celebrazione delle esequie,

nella sua veste di incaricato di pubblico servizio ai sensi dell'art. 358 C. P. e successive modificazioni, consapevole della responsabilità penale nella quale posso incorrere in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA CHE:

- Il cadavere sopra generalizzato, trascorso il periodo di osservazione, è stato riposto in idonea cassa conformemente alle prescrizioni previste dalla vigente normativa, in relazione alla destinazione e distanza da percorrere, e in particolare (barrare il caso corrispondente):
 - il cadavere è stata racchiuso in DUPLICE cassa, una di legno e una di metallo (zinco), ermeticamente chiusa mediante saldatura a fuoco o a freddo;
 - il cadavere è stato racchiuso nella sola cassa di legno foderato internamente con contenitore biodegradabile autorizzato dal Ministero della Sanità e idoneo al trasporto, fuori regione, anche per distanze superiori a 100 chilometri;
 - il cadavere è stato racchiuso nella sola cassa di legno;
- Sono state adottate particolari precauzioni igienico-sanitarie e nella fattispecie _____ ;
- Esternamente al feretro è stata applicata una targhetta metallica riportante cognome, nome, data di nascita e di morte del/la defunto/a;
- Il trasporto ha avuto inizio in data odierna alle ore _____ come da autorizzazione del Comune di _____ in data _____ autor. n. _____ ;
- La movimentazione del feretro e il trasporto dal luogo di partenza a quello di destinazione viene effettuato avvalendosi di idoneo personale e di carro funebre il cui impiego è conforme alle norme vigenti;
- Alla presenza dei familiari del defunto/a ha personalmente provveduto all'identificazione del cadavere mediante:
 - Tipo di documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____
 - Nella seguente forma _____
- A garanzia dell'integrità del feretro e del suo contenuto ha apposto, su una delle viti di chiusura del coperchio, un sigillo dell'impresa che effettua il trasporto (sul quale è impresso il nominativo dell'impresa stessa, il numero di autorizzazione e il Comune che l'ha rilasciata), riprodotto anche in calce al presente documento.

La presente dichiarazione di eseguite prescrizioni viene allegata in originale alla documentazione che accompagna il feretro fino al cimitero/crematorio di destinazione. Copia viene conservata agli atti dell'impresa funebre che ha eseguito il trasporto. Copia è inviata anche a mezzo telefax o altro sistema telematico al comune di partenza, a quello di arrivo e alle ASL dei relativi territori.

_____ li _____  L'addetto al trasporto _____

Il sottoscritto _____ addetto alla struttura ricevente, denominata _____ sita in _____ riceve il feretro sopra indicato, il giorno _____ alle ore _____ .

_____ li _____
 Il dichiarante _____

Note per compilazione

1. L'identificazione del cadavere può avvenire per conoscenza diretta o per identificazione da parte di testimoni o per presa visione di documento di identità.
2. Il sigillo può essere anche di tipo adesivo ma con garanzia di traccia in caso di asporto.
3. Il modello è da compilare e sottoscrivere dall'addetto al trasporto funebre, quando quest'ultimo è eseguito all'interno del territorio comunale o in partenza da esso. In caso di trasporto internazionale provvede l'ASL competente per territorio.

ALLEGATO 5
MODULO PER LA DISPERSIONE DELLE CENERI
(art. 8 della legge regionale 22/03 e art. 13, comma 2 regolamento regionale n. 6/04)

Il/la sottoscritto/a Cognome/Nome: _____ data di nascita: __/__/____ luogo di nascita _____
residente a: _____ via _____ n. _____ in qualità di (1) _____

Consapevole di quanto specificato agli articoli 2 e 3 della legge 30 marzo 2001, n. 130 e ai relativi provvedimenti di esecuzione, in ordine ai luoghi e alle modalità di possibile dispersione, nonché del contenuto dell'articolo 411 del codice penale

DICHIARA CHE, SECONDO L'ESPRESSA VOLONTÀ DEL DEFUNTO, EFFETTUERÀ LA DISPERSIONE DELLE CENERI DI:

Cognome/Nome: _____ data di nascita: __/__/____ luogo di nascita _____ decesso avvenuto nel comune di _____ il __/__/____ in vita residente a _____ via _____ n. _____
Codice fiscale _____:

- a) nel cimitero di _____ nel: Giardino delle rimembranze Cinerario comune
b) in area privata fuori dei centri abitati sita in _____
c) in natura e specificatamente: mare lago fiume aria

Dichiara altresì che provvederà ad effettuare la dispersione entro 30 giorni dal ritiro dell'urna.

La manifestazione della volontà del defunto che le sue ceneri siano disperse risulta da:

- a) disposizione testamentaria del defunto;
b) volontà espressa del defunto, iscritto ad associazione avente tra i propri fini quello della cremazione, che le proprie ceneri vengano disperse.

Dichiara altresì di essere consapevole che costituisce reato la dispersione delle ceneri non autorizzata dall'Ufficiale di Stato Civile del Comune ove è avvenuto il decesso o effettuata con modalità diverse rispetto a quanto indicato dal defunto.

Firma _____

(da compilarsi a cura del Comune ove è avvenuto il decesso)

La dispersione delle ceneri del defunto _____ nato il _____ a _____
e deceduto il _____ a _____ è stata autorizzata con atto n. _____, rilasciato il _____

_____ (timbro e firma)

Note per compilazione

1. L'incaricato della dispersione può essere desumibile dall'espressa volontà del defunto o, in carenza, la dispersione è eseguita dal coniuge, altro familiare, esecutore testamentario, rappresentante legale dell'associazione cui risultava iscritto il defunto o da personale autorizzato dall'avente diritto.
2. Il luogo della dispersione, ove non stabilito dal defunto, è scelto dall'avente diritto.
3. La documentazione da cui si evince la volontà del defunto alla dispersione deve essere allegata in originale o copia conforme.

ALLEGATO 6
MODULO PER L’AFFIDAMENTO DELLE CENERI (1)
(art. 8 della legge regionale 22/03 e art. 14, comma 6 regolamento regionale n. 6/04)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ residente a _____ in via _____ n. _____
in qualità di (indicare il grado di parentela o la condizione di familiare) _____

DICHIARA CHE CONSERVERÀ LE CENERI

del defunto _____, nato il _____ a _____ deceduto il _____ a _____ codice fiscale _____
presso la propria abitazione, luogo di residenza legale, sita in _____ in via/piazza _____
n. ____ sotto la propria diligente custodia, garantendone la non profanazione.

Dichiara altresì:

- di essere consapevole che costituisce reato la dispersione delle ceneri non autorizzata dall’Ufficiale di Stato Civile del Comune ove è avvenuto il decesso o effettuata con modalità diverse rispetto a quanto indicato dal defunto nonché l’abbandono dell’urna;
- di conservare l’urna in luogo confinato e stabile, protetta da possibili asportazioni, aperture o rotture accidentali.
- di essere stato informato che, nel caso intenda recedere dall’affidamento delle ceneri, è tenuto a conferirle al cinerario comune o provvedere alla loro tumulazione in cimitero.

_____ li _____
Firma _____ (2)

(da compilarsi preventivamente alla consegna a cura del Comune ove è avvenuto il decesso)

L’urna contenente le ceneri del defunto sopra indicato proviene da:

- cremazione eseguita nel crematorio di _____ in data: _____
- dal Cimitero _____ in _____
- da luogo precedentemente autorizzato
- dall’estero

Per l’affidamento dell’urna a familiare è stata verificata la presenza di espressa volontà del defunto o del coniuge o, in difetto di questi, dal parente più prossimo individuato secondo gli articoli 74, 75, 76 e 77 del codice civile o, nel caso di concorso di più parenti nello stesso grado, dalla maggioranza di essi, secondo documentazione, in originale o copia autenticata, allegata. Conseguentemente si autorizza il trasporto nel luogo sopra individuato.

_____ (timbro e firma)

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver ricevuto l’urna funeraria suddetta oggi _____ dalle mani di:

- responsabile /incaricato del forno crematorio
- responsabile/incaricato del cimitero di _____ in _____

per:

- conservarla presso la propria abitazione
- consegnarla al Sig./a _____, conformemente alla volontà del defunto/a, perché la conservi presso la propria abitazione sita in _____ via _____ n. _____ (3)

_____ Il ricevente
_____ L’incaricato alla consegna

Note per compilazione

1. Il documento deve essere presentato in triplice copia: una è conservata dal Comune ove è avvenuto il decesso, una è conservata dal responsabile del crematorio o del cimitero (per le urne precedentemente tumulate), una da chi prende in consegna l’urna.
2. Allegare fotocopia di un documento di identità, ai sensi dell’art. 38, c. 3 del D.P.R. 445/2000.
3. Nel caso l’affidatario sia impedito al ritiro ed abbia delegato altra persona.

ALLEGATO 7
MODELLO DI LIBRETTO DI IDONEITÀ DELL'AUTOMEZZO
ADIBITO AL TRASPORTO FUNEBRE
(art. 37 comma 3 del regolamento regionale n. 6/04)

Autoveicolo

Marca _____ Tipo _____ Targa _____ Data della prima immatricolazione _____
di proprietà di _____ in via _____ n. _____ a _____ C.F. / part. IVA _____
in uso a _____ in via _____ n. _____ a _____ C.F. / part. IVA _____
titolo di possesso [Indicare di proprietà, leasing, in comodato d'uso, altro (specificare)] _____

Autorimessa di abituale deposito

Comune _____ via _____ n. _____

SI DICHIARA CHE

l'automezzo sopra individuato è idoneo sotto il profilo igienico-sanitario
all'effettuazione di trasporto funebre.

_____ li _____

_____ (Nome Cognome in stampatello funzionario ASL)

ASL _____

_____ (Firma e timbro funzionario ASL)

Note per compilazione

- Il presente libretto viene rilasciato in triplice copia conservate:
 - nell'autofunebre, per essere esibito ad ogni richiesta degli organi di vigilanza;
 - dal competente servizio comunale;
 - dal competente servizio ASL.
- Le autocertificazioni annuali attestanti la continuità del rispetto e mantenimento dei requisiti, sulle operazioni di disinfezione straordinaria condotte e sul permanere del luogo di abituale rimessaggio vanno inviate dal proprietario all'ASL ed allegate in copia al presente libretto (art. 37, comma 4 del regolamento regionale n. 6/04).

Verifica di idoneità

Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASL	Firma funzionario e timbro ASL

ALLEGATO 8
MODULO DI AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO
E SEPPELLIMENTO DI ANIMALI D'AFFEZIONE
(art. 30 comma 1 del regolamento regionale n. 6/04)

Il/La Sig./Sig.ra _____ (1) residente a _____ (2) _____ in via _____ (3) codice fiscale _____ in qualità di possessore delle spoglie dell'animale _____ (4) identificato con n. _____ (5) di taglia _____ (6) avendo peso di circa _____ Kg, dichiara che l'animale destinato alla sepoltura presso _____ (7) sito nel Comune di _____:

non ha morsicato persone o altri animali nei dieci giorni precedenti la morte (8) e

non è stato morsicato da animali sconosciuti negli ultimi sei mesi (8)

li ___/___/___
Firma del proprietario _____
identificato con documento _____ (9)

Il sottoscritto medico veterinario _____ iscritto all'Ordine della Provincia di _____ n. iscrizione _____, esclusa la presenza di rischi per la salute pubblica,
AUTORIZZA

il trasporto da _____ a _____ per la sepoltura delle spoglie dell'animale sopra specificato.

li ___/___/___
Firma e Timbro del Veterinario _____

- (1) Cognome e Nome
 - (2) Località, Provincia o Stato, se diverso dell'Italia
 - (3) Via, Piazza, ecc.
 - (4) Indicare la specie animale (es. cane, gatto, ecc.)
 - (5) N. di identificazione (tatuaggio, microchip), se presente
 - (6) Indicare se piccola, media, grossa
 - (7) Indicare la denominazione dell'area di sepoltura
 - (8) Solo in caso di mammifero
 - (9) Carta di identità N. rilasciata da ; Passaporto N. rilasciato da
-

Spazio riservato al gestore dell'area di sepoltura

La spoglia dell'animale in questione è stata accolta il _____ nell'area per sepoltura di animali di _____

IL GESTORE (Firma e timbro) _____

ALLEGATO 9
PRECAUZIONI IGIENICO-SANITARIE PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE
DELLE MALATTIE INFETTIVE E IN CASO DI RISCHIO DI CONTAMINAZIONE
AMBIENTALE E DA SOSTANZE RADIOATTIVE

A) Precauzioni igienico-sanitarie da adottarsi sempre

1. Durante la vestizione e deposizione o qualsiasi altro trattamento del cadavere:
 - devono comunque essere utilizzati guanti monouso da parte degli operatori professionali;
 - in presenza di ferite aperte o lesioni della cute del cadavere, si deve provvedere a una copertura con materiale tale da impedire la fuoriuscita di liquidi biologici;
 - in caso di perdita di liquidi biologici dal cadavere, si deve provvedere alla sua immediata deposizione nel cofano ed a pulizia e disinfezione delle superfici eventualmente imbrattate; nel caso in cui i predetti liquidi derivanti dal cadavere contaminino indumenti od oggetti, questi ultimi devono essere sottoposti rapidamente a trattamento di disinfezione;
 - i rifiuti derivanti dal trattamento del cadavere, debbono essere rapidamente smaltiti, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di cui al D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254.
2. Durante il periodo di osservazione, nell'ambiente che ospita il cadavere:
 - deve esservi un adeguato ricambio d'aria, garantito da aerazione naturale o artificiale;
 - debbono essere evitati i contatti diretti con le mucose del cadavere.
3. Dopo la chiusura e la partenza del feretro, l'ambiente ove il cadavere è stato ospitato deve essere sottoposto a pulizia e sanificazione.

B) Precauzioni igienico-sanitarie in caso di immediato pericolo infettivo

1. Ove il defunto, prima del decesso, abbia manifestato segni o sintomi di:
 - febbri emorragiche virali (Ebola, Lassa, Marburg, ecc..)
 - vaiolo
 - colera, peste, difterite, lebbra, tubercolosi in fase contagiosa, tularemia
 - si procederà in tal modo:
 - il cadavere dovrà essere manipolato solo da personale qualificato, dotato di tutti gli strumenti di barriera utilizzati per l'isolamento protettivo in ambito ospedaliero, ai fini della prevenzione del rischio biologico e secondo le indicazioni formulate da parte dei competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché dal medico competente di cui al d.lgs. 626 del 19 settembre 1994 e successive modifiche e integrazioni;
 - l'accertamento della morte sarà preferenzialmente strumentale ai sensi della legge 578/93 e Decreto ministeriale 592/84. L'eventuale periodo di osservazione, dovrà svolgersi presso l'obitorio o il servizio mortuario di struttura sanitaria;
 - il periodo di osservazione potrà essere ridotto a giudizio del competente servizio dell'A.U.S.L.;
 - non potranno essere effettuati trattamenti di imbalsamazione, tanatoprassi o altri quali lavaggio, taglio di unghie, capelli, barba;
 - il feretro dovrà avere le caratteristiche ordinariamente stabilite per la inumazione o la cremazione qualora fossero scelte queste pratiche funebri. In caso di tumulazione è consentita solo quella in loculo stagno;
 - tutti gli effetti venuti a contatto con la salma o contaminati da liquidi da essa derivanti, devono essere rapidamente smaltiti nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di cui al D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254.
2. Le precauzioni di cui al punto 1 si applicano altresì nel caso di cadavere portatore di xenotrapianti, anche ottenuti da animali geneticamente modificati pur in assenza di qualsivoglia sintomatologia.

C) Precauzioni igienico-sanitarie in caso di rischio di contaminazione ambientale

1. Ove il deceduto sia stato affetto da carbonchio:
 - la manipolazione del cadavere antecedente la chiusura nel feretro dovrà avvenire adottando tutte le misure di sicurezza atte ad evitare l'inalazione, l'ingestione, la penetrazione per contatto diretto di eventuali spore. Il personale adibito alla manipolazione del cadavere adotterà dispositivi di sicurezza individuale secondo le indicazioni formulate da parte dei competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori,

nonché dal medico competente di cui al d.lgs. 626 del 19 settembre 1994 e successive modifiche e integrazioni;

- è d'obbligo la cremazione.

D) Precauzioni igienico-sanitarie in caso di rischio di contaminazione da sostanze radioattive

1. Ove il deceduto sia portatore di radioattività a seguito di trattamenti sanitari dovrà essere fornita, dalla struttura sanitaria nella quale le sostanze radioattive sono state somministrate, idonea documentazione contenente le seguenti informazioni:
 - tipologia, quantità e stato fisico delle sostanze radioattive somministrate;
 - valutazione della dose al gruppo critico della popolazione ed ai lavoratori addetti ai servizi cimiteriali attestante il rispetto dei pertinenti limiti di dose ai sensi del d.lgs. 230/95 e s.m.i..
2. Nel caso non fosse possibile acquisire la suddetta documentazione, si farà ricorso all'intervento dell'ARPA, come previsto dall'art. 11, comma 3, del regolamento.