



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Dipartimento di Sanità Pubblica
Servizio Medicina Legale e Gestione Rischio clinico
Sede Reggio Emilia

Il Direttore Servizio Medicina Legale
e Gestione Rischio Clinico
AUSL-IRCCS Reggio Emilia
Dott.ssa Antonia Nini

Allegato 1

Il/la sottoscritto/a Dr. _____, nato/a a _____, il

_____ C.F. _____ MMG convenzionato/MCA operante nel comune
di _____

residente a _____ via _____ n. _____
n. cellulare _____, e-mail _____
pec _____

dichiara

la propria disponibilità ad effettuare l'attività necroscopica prevista dal vigente Regolamento di Polizia Mortuaria e dalla Legge Regionale 19/2004, art. 8 c. 1 a far tempo dal 01.08.2025, in una fascia oraria compresa tra le 15 e le 30 ore successive all'ora del decesso, nel territorio del Distretto di Correggio e, in caso di necessità, in quello di Guastalla nelle giornate indicate:

- nei giorni feriali, pre-festivi e festivi;
- solo nei giorni feriali.

Le comunicazioni relative all'attivazione della visita devono pervenire al recapito telefonico

Si allega copia del documento d'identità

Timbro e firma

data _____