Marca

da

Bollo

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 REPUBBLICA ITALIANA

**AUTORIZZAZIONE PER IL TRASPORTO DI CADAVERE IN STATI NON ADERENTI ALLA CONVENZIONE INTERNAZIONALE DI BERLINO**

**Il Responsabile del Servizio**

Vista la domanda in data ........................................... con la quale ...................................................................................…. in qualità di .......................................................….... chiede l’autorizzazione al trasporto dall’Italia, dal Comune di ................................................., allo Stato ..............................................................................…. Comune di ........................................................................... del corpo di ........................................................................................................... nat.... a ............................................................................................. il ........................................................ decedut.... a ......................................................................….. il .....................................................

Visto il certificato sanitario attestante che sono state osservate le disposizioni [dell’art. 30 del DPR 10 settembre 1990, n. 285;](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art30!vig=)

Visto il NULLA OSTA dell’autorità consolare dello Stato verso il quale la salma è diretta;

Visto [l’art. 29 del DPR 285/1990](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art29!vig=):

Visto il [DLgs 112/1998](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1998;112!vig=) concernente il trasferimento delle funzioni e dei compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti Locali ed il DPCM 26 maggio 2000;

AUTORIZZA

il trasporto del corpo di .............................…….......................................................................................................................................

dall’Italia, Comune di .....................................................……., allo Stato di .....................................................................................….

Comune di ......................................................................….... così come richiesto dall’impresa funebre.

Il trasporto sarà effettuato in data ...................................…… per mezzo di ...................................................................…....

attraverso la frontiera di ..................................................…….

………………………. Data .............................................

 Il Responsabile del Servizio

 ...........................................................................