



"ARDENS"

Onoranze Funebri

TRASPORTI NAZIONALI E INTERNAZIONALI
REALIZZAZIONE E POSA DI LAPIDI E MONUMENTI

33100 UDINE

Via Colugna, 109 - Tel. 0432.471227

Con la presente Vi comunichiamo che in data 12.12.23 siamo intervenuti in seguito a precisa richiesta della Questura di Udine e successiva POLFER di Trieste, per il recupero della salma di un uomo, sconosciuto privo di documenti.

Successivamente alla chiamata ricevuta alle ore 11:00 siamo intervenuti in 2 addetti alle ore 11:15 e abbiamo ultimato dopo aver assistito e aiutato a tutti i rilievi alle ore 14.00 presso Pasion di Prato (linea ferroviaria km 122+327), traslando la salma nell'obitorio del Cimitero Urbano di S.Vito, Comune di Udine.

Provvederemo in seguito ad un vostro riscontro positivo, ad emettervi una fattura di Euro 950,00 più Iva.

Rimaniamo a vostra disposizione per ogni eventuale chiarimento e porgiamo distinti saluti.

O.F. Ardens - Zoratti Service srl
Via Colugna 109, Udine
3409106246

In fede

ONORANZE FUNEBRI ARDENS
ZORATTI SERVICE SRL con unico socio
Sede leg.: Via Colugna, 109 - 33100 UDINE
C.F. - P.I. e nr. Reg. Imp. UD: 02606390306
C.C.I.A.A. UD - R.E.A. 273850 - Cap. soc. € 10.000,00 i.v.
pec: zorattiservice@legalmail.it

ACCERTAMENTO DI MORTE

MOD_2021-02

MODULO

ACCERTAMENTO DI MORTE

Il sottoscritto medico necroscopo, ai sensi dell'art. 74 del DPR 3/11/2000, n. 396 "Regolamento per la revisione e semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, ..." e degli artt. 1 e 4 del D.P.R. 10 settembre 1990 n.285 "Approvazione del Regolamento di Polizia Mortuaria", certifica di aver visitato il cadavere di:

nome..... IGNOTO cognome..... IGNOTO

nato/a a il.....

residente via..... n.....

identificato mediante..... PERSONA NON IDENTIFICATA

codice fiscale

deceduto:

☐ nella casa posta in via

☐ presso il Presidio Ospedaliero di.....

☐ sulla pubblica via.....

☒ altro..... LINEA FERROVIARIA - PASIAN DI PRATO (UD) km 122 + 327

il giorno 11/12/2023 alle ore 19.50 circa

Periodo di osservazione dal decesso (ART. 8, 9 10 DPR 285/90)

☒ 24 ore ☐ annullato per accertamento mediante ausilio di ECG continuativo per 20 minuti

Richiesto il nulla osta dell'Autorità Giudiziaria per il rilascio del permesso di seppellimento: ☒ sì ☐ no

~~RICHIESTA CREMAZIONE: ☐ sì ☒ no~~ PREMO NULLA OSTA DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

UDINE....., il 13/12/2023

IL MEDICO NECROSCOPO
(timbro e firma per esteso)

[Firma] DELLA SGA
EUSA PASIANO

NULLA OSTA PER IL TRASPORTO

Si certifica inoltre che NULLA OSTA, per quanto di competenza, all'eventuale trasporto del cadavere del sunnominato da questo ad altro Comune, essendo stato ottemperato a quanto previsto dal Capo IV del DPR 285/90

Si certifica altresì che la morte è / non è dovuta a malattie infettive diffusive.

NOTE.....

..... il.....

IL MEDICO NECROSCOPO
(timbro e firma per esteso)

.....



MINISTERO DELL'INTERNO
Dipartimento della Pubblica Sicurezza

All. n° 4

COMPARTIMENTO POLIZIA FERROVIARIA

di FVG
Polfer di UDINE

OGGETTO: Rimozione cadavere appartenuto in vita a: _____

PERSONA DA IDENTIFICARE

Per ordine del Sost. Proc. di turno Dr. LOFFREDO

presso il TRIBUNALE/PRETURA CIRCONDARIALE di UDINE

SI AUTORIZZA LA RIMOZIONE DELLA SALMA DI: PERSONA DA IDENTIFICARE

RITROVATA AL KM 112+327 COME PASIAN DI RAVENNA

ED IL TRASPORTO DELLA MEDESIMA PRESSO LA CELLA MORTUARIA

DELL'ISTITUTO DI MEDICINA LEGALE DEL CIMITERO S. VITO DI UDINE

A DISPOSIZIONE DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA.

UFF. /AG. DI P.G.

UDINE il 12/12/2023

**ATTENZIONE:**

Non piegare il modello durante la compilazione (carta copiativa)
Scrivere in stampatello



ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA**PARTE A - A CURA DEL MEDICO** (per una corretta compilazione leggere le istruzioni sul retro)MASCHIO ☒FEMMINA ☐**PERSONA NON IDENTIFICATA**
Cognome e nome della persona deceduta

Età compiuta

(IN ANNI)

1. Luogo del decesso

Abitazione 1
Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato) 2
Hospice 3
Struttura residenziale o socio-assistenziale 4
Istituto di pena 5
Altro (specificare) **LINEA FERROVIARIA** 9

Territorio in cui è avvenuto il decesso

Comune **PASIAN DI PRATO**
Provincia **UDINE**
Codice ASL **206**

2. Riconcontro diagnostico

E' stato richiesto?

1

2

Causa Iniziale
(riservato alla A.S.L.)

I-XIX

XX

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita (da compilare per le donne decedute in età fertile)

Nessuna gravidanza 1

Morte in gravidanza 2

Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza 3

Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza 4

Informazione sconosciuta 5

4. Parte I**CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che ha condotto a morte**

In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante - In caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9

Causa iniziale
Scegliere la SOLA
patologia o trauma
che ha dato inizio
alla sequenza.Eventuali condizioni
o complicazioni che
fanno parte della
sequenza.1 **MACIULLAMENTO**

che ha provocato la causa riportata nella riga successiva

2
che ha provocato la causa riportata nella riga successiva3
che ha provocato la causa riportata nella riga successiva4
che ha provocato la causa riportata nella riga successivaTempo intercorso tra
l'insorgenza della causa
indicata e la morte

anni o mesi o giorni

anni o mesi o giorni

anni o mesi o giorni

anni o mesi o giorni

4. Parte II**Altri stati morbosi rilevanti:** indicare altre condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che non fanno parte della sequenza riportata nel quesito 4
Parte I, ma che hanno contribuito al decesso

anni o mesi o giorni

anni o mesi o giorni

anni o mesi o giorni

Quesiti da 5 a 9 - Compilare se nel quesito 4. Parte I è stato riportato un Traumatismo/Avvelenamento (anche con informazioni riferite)**5. Evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato nel quesito 4. Parte I** (es: caduta da scala a pioli, impiccamento, colpo di fucile, violenza sessuale, ...)
Specificare inoltre se causato da eventi catastrofici (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, crolli, distruzioni, ...)**INCIDENTE FERROVIARIO****6. Modalità del traumatismo/avvelenamento** (indicare la più verosimile, compilare sempre)

Accidentale (include incidenti da trasporto) 1

Suicidio 2

Omicidio 3

6.1 Se "Accidentale" specificare: Infortunio sul lavoro 1 ☒ 2 ☐**7. In caso di incidente da trasporto specificare anche**

7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")

A PIEDE

7.2 Ruolo della vittima

Pedone 1

☒

Guidatore 2

Passeggero 3

Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo 4

7.3 Tipo di incidente (es: investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)

INVESTIMENTO

7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es: albero, motocicletta, autobus, etc.)

In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es: treno, autobus, trattore etc.)

TRENO**8. Data dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento****19:50**
Ora**11**
giorno**12**
mese**2023**
anno**9. Luogo dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento**

Casa 1

Istituzione collettiva 2

Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione 3

Luogo dedicato ad attività sportive 4

Strade e vie 5

Luogo di commercio e servizio 6

Area industriale e di costruzione 7

Azienda agricola 8

Altri luoghi (specificare) **LINEA FERROVIARIA** 9Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate
(nome e cognome in stampatello)**DOCT.SSA ELISA FOSANO**Data **13/12/2023** Firma**Elisa Fosano**

MMG o PLS 1

Necroscopo 2

Medico ospedaliero 3

Medico legale 4

Altro medico 5

Timbro e telefono del medico o della struttura
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE
Dipartimento di Area Medica
Medicina Legale
P.le S. Maria della Misericordia, 15
Tel. 0432-554.363 - Fax 0432.554.364
E-mail: lst.medleg@uniud.it