

ANNEX 2**Model de declaració responsable d'exhumació de cadàvers, restes humanes i restes cadavèriques del grup II per al trasllat fora del cementiri**

EXHUMACIÓ I TRASLLAT	Registre:
-----------------------------	-----------

DADES DEL DECLARANT		
Nom i llinatges / Raó social:		DNI/NIF:
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
DADES DEL REPRESENTANT		
Nom i llinatges:		DNI:
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
ADREÇA DE NOTIFICACIÓ		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
Telèfon:	Fax:	Adreça electrònica:
DADES DEL TRASLLAT		
TIPUS DE TRASLLAT <input type="checkbox"/> Cadàver <input type="checkbox"/> Restes humanes: nom i DNI de la persona a qui pertanyien <input type="checkbox"/> Restes cadavèriques		
DADES DEL DIFUNT		
Nom i llinatges:		DNI/NIE:
Lloc de la defunció:		Data: Hora:
CAUSA DE LA DEFUNCIÓ <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa immediata:		
MITJÀ DE TRANSPORT <input type="checkbox"/> Tipus de vehicle: Model: Matrícula:		
TIPUS DE FÈRETRE <input type="checkbox"/> Comú <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Caixa de restes		

TÈCNICA DE PRESERVACIÓ DE CADÀVERS		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Conservació transitòria <input type="checkbox"/> Embalsamament </div>		
Se li ha de donar destinació final abans de (indica la data):		
ITINERARI		
<input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aeri <input type="checkbox"/> Marítim		
LLOC DE L'EXHUMACIÓ		
Cementiri		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
Identificació de la sepultura:		
LLOC DE LA REINHUMACIÓ/INCINERACIÓ		
<input type="checkbox"/> Cementiri identificació sepultura: <input type="checkbox"/> Crematori		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
DOCUMENTACIÓ QUE PRESENTA		
<input type="checkbox"/> Certificat mèdic de la defunció		
<input type="checkbox"/> Inscripció en el Registre Civil i llicència d'enterrament		
<input type="checkbox"/> Autorització judicial		
<input type="checkbox"/> Còpia del DNI del declarant i del representant (només en defecte d'autorització)		
<input type="checkbox"/> Còpia del NIF		
<input type="checkbox"/> Acreditació de la representació		
<input type="checkbox"/> Justificant de l'abonament de la taxa		

DECLAR RESPONSABILMENT:

Que les dades consignades són exactes, que dispòs de la documentació que ho acredita i que l'actuació compleix els requisits que preveu el Decret 11/2018, de 27 d'abril, pel qual es regula l'exercici de la sanitat mortuòria de les Illes Balears. A més, sé que l'incompliment d'aquesta declaració pot donar lloc a les responsabilitats que preveuen la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat; la Llei 33/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública; la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, i la Llei 16/2010, de 28 de desembre, de salut pública de les Illes Balears.

AUTORITZ LA CONSELLERIA DE SALUT PER CONSULTAR LES DADES SEGÜENTS:

Marcau amb una X la documentació que autoritzau la Direcció General de Salut Pública i Participació a consultar directament, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius:

☐ Dades d'identitat (DNI) del declarant.

Nom del representant:

Marcau amb una X si autoritzau.

AUTORITZ la Direcció General de Salut Pública i Participació a consultar directament amb els organismes corresponents, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius, les dades següents:

☐ Dades d'identitat (DNI) [del representant]

[Rúbrica del representant]

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i l'article 12 del Reial decret 1720/2007, consentiu expressament que les dades que facilitau en la sol·licitud es recullin i es tractin en el fitxer de policia sanitària mortuòria titularitat de la Conselleria de Salut (BOIB núm. 68, de 8 de maig de 2007).

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Direcció General de Salut Pública i Participació (carrer de Jesús, 38 A, de Palma).

_____, ____ d _____ de 20__

[Rúbrica]

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA I PARTICIPACIÓ

ANNEX 3
Model de declaració responsable de trasllat de cadàvers i restes humanes del grup I

TRASLLAT FUNERARI GRUP I	Registre:
---------------------------------	-----------

DADES DEL DECLARANT			
Nom i llinatges / Raó social:			DNI/NIF:
Adreça:			
CP:	Municipi:	Província:	
DADES DEL REPRESENTANT			
Nom i llinatges:			DNI:
Adreça:			
CP:	Municipi:	Província:	
ADREÇA DE NOTIFICACIÓ			
Adreça:			
CP:	Municipi:	Província:	
Telèfon:	Fax:	Adreça electrònica:	
DADES DEL TRASLLAT			
TIPUS DE TRASLLAT <input type="checkbox"/> Cadàver <input type="checkbox"/> Restes humanes: nom i DNI de la persona a qui pertanyien			
DADES DEL DIFUNT			
Nom i llinatges:			DNI/NIE:
Lloc de la defunció:			Data: Hora:
CAUSA DE LA DEFUNCIÓ <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa immediata:			
MITJÀ DE TRANSPORT <input type="checkbox"/> Tipus de vehicle: Model: Matrícula:			
TIPUS DE FÈRETRE <input type="checkbox"/> Especial			

ITINERARI		
<input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aeri <input type="checkbox"/> Marítim		
LLOC DE PARTIDA		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
LLOC DE DESTINACIÓ		
<input type="checkbox"/> Crematori		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
DOCUMENTACIÓ QUE PRESENTA		
<input type="checkbox"/> Certificat mèdic de la defunció		
<input type="checkbox"/> Inscripció en el Registre Civil i llicència d'enterrament		
<input type="checkbox"/> Autorització judicial		
<input type="checkbox"/> Còpia del DNI (només en defecte d'autorització) del declarant i del representant		
<input type="checkbox"/> Còpia del NIF		
<input type="checkbox"/> Acreditació de la representació		
<input type="checkbox"/> Justificant de l'abonament de la taxa		

DECLAR RESPONSABLEMENT:

Que les dades consignades són exactes, que dispòs de la documentació que ho acredita i que l'actuació compleix els requisits que preveu el Decret 11/2018, de 27 d'abril, pel qual es regula l'exercici de la sanitat mortuòria de les Illes Balears. A més, sé que l'incompliment d'aquesta declaració pot donar lloc a les responsabilitats que preveuen la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat; la Llei 33/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública; la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, i la Llei 16/2010, de 28 de desembre, de salut pública de les Illes Balears.

AUTORITZ LA CONSELLERIA DE SALUT PER CONSULTAR LES DADES SEGÜENTS:

Marcau amb una X la documentació que autoritzau la Direcció General de Salut Pública i Participació a consultar directament, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius:

☐ Dades d'identitat (DNI) del declarant.

Nom del representant:

Marcau amb una X si autoritzau.

AUTORITZ la Direcció General de Salut Pública i Participació per consultar directament amb els organismes corresponents, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius, les dades següents:

☐ Dades d'identitat (DNI) [del representant]

[Rúbrica del representant]

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i l'article 12 del Reial decret 1720/2007, consentiu expressament que les dades que facilitau en la sol·licitud es recullin i es tractin en el fitxer de policia sanitària mortuòria titularitat de la Conselleria de Salut (BOIB núm. 68, de 8 de maig de 2007).

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Direcció General de Salut Pública i Participació (carrer de Jesús, 38 A, de Palma).

_____, ____ d _____ de 20__

[Rúbrica]

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA I PARTICIPACIÓ

ANNEX 4**Model de declaració responsable de trasllat interinsular o a una altra comunitat autònoma de cadàvers, restes humanes i restes cadavèriques del grup II**

TRASLLAT FUNERARI	Registre:
--------------------------	-----------

DADES DEL DECLARANT		
Nom i llinatges / Raó social:		DNI/NIF:
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
DADES DEL REPRESENTANT		
Nom i llinatges:		DNI:
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
ADREÇA DE NOTIFICACIÓ		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
Telèfon:	Fax:	Adreça electrònica:
DADES DEL TRASLLAT		
TIPUS DE TRASLLAT <input type="checkbox"/> Cadàver <input type="checkbox"/> Restes humanes: nom i DNI de la persona a qui pertanyien <input type="checkbox"/> Restes cadavèriques		
DADES DEL DIFUNT		
Nom i llinatges:		DNI/NIE:
Lloc de la defunció:		Data: Hora:
CAUSA DE LA DEFUNCIÓ <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa immediata:		
MITJÀ DE TRANSPORT <input type="checkbox"/> Tipus de vehicle: Model: Matrícula:		

TIPUS DE FÈRETRE <input type="checkbox"/> Comú <input type="checkbox"/> Especial		
TÈCNICA DE PRESERVACIÓ DE CADÀVERS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Conservació transitòria <input type="checkbox"/> Embalsamament Se li ha de donar destinació final abans de (indica la data):		
ITINERARI <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aeri <input type="checkbox"/> Marítim		
LLOC DE PARTIDA Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
LLOC DE DESTINACIÓ <input type="checkbox"/> Tanatori <input type="checkbox"/> Cementiri <input type="checkbox"/> Crematori		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
DOCUMENTACIÓ QUE PRESENTA <input type="checkbox"/> Certificat mèdic de la defunció <input type="checkbox"/> Inscripció en el Registre Civil i llicència d'enterrament <input type="checkbox"/> Certificat del tècnic responsable (només en cas de realització de tècnica sanitària) <input type="checkbox"/> Autorització judicial <input type="checkbox"/> Còpia del DNI (només en defecte d'autorització) del declarant i del representant <input type="checkbox"/> Còpia del NIF <input type="checkbox"/> Acreditació de la representació <input type="checkbox"/> Justificant de l'abonament de la taxa		

DECLAR RESPONSABLEMENT:

Que les dades consignades són exactes, que dispòs de la documentació que ho acredita i que l'actuació compleix els requisits que preveu el Decret 11/2018, de 27 d'abril, pel qual es regula l'exercici de la sanitat mortuòria de les Illes Balears. A més, sé que l'incompliment d'aquesta declaració pot donar lloc a les responsabilitats que preveuen la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat; la Llei 33/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública; la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, i la Llei 16/2010, de 28 de desembre, de salut pública de les Illes Balears.

AUTORITZ LA CONSELLERIA DE SALUT PER CONSULTAR LES DADES SEGÜENTS:

Marcau amb una X la documentació que autoritzau la Direcció General de Salut Pública i Participació a consultar directament, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius:

- ☐ Dades d'identitat (DNI) del declarant.

Nom del representant:

Marcau amb una X si autoritzau.

AUTORITZ la Direcció General de Salut Pública i Participació per consultar directament amb els organismes corresponents, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius, les dades següents:

☐ Dades d'identitat (DNI) [del representant]

[Rúbrica del representant]

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i l'article 12 del Reial decret 1720/2007, consentiu expressament que les dades que facilitau en la sol·licitud es recullin i es tractin en el fitxer de policia sanitària mortuòria titularitat de la Conselleria de Salut (BOIB núm. 68, de 8 de maig de 2007).

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Direcció General de Salut Pública i Participació (carrer de Jesús, 38 A, de Palma).

_____, ____ d _____ de 20__

[Rúbrica]

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA I PARTICIPACIÓ

ANNEX 5**Model de declaració responsable per a l'exposició de cadàvers del grup II en llocs públics**

EXPOSICIÓ DE CADÀVERS EN LLOCS PÚBLICS	Registre:
---	-----------

DADES DEL DECLARANT		
Nom i llinatges / Raó social:		DNI/NIF:
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
DADES DEL REPRESENTANT		
Nom i llinatges:		DNI:
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
ADREÇA DE NOTIFICACIÓ		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
Telèfon:	Fax:	Adreça electrònica:
DADES DEL DIFUNT		
Nom i llinatges:		DNI/NIE:
Lloc de la defunció:		Data: Hora:
CAUSA DE LA DEFUNCIÓ <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa immediata:		
MITJÀ DE TRANSPORT <input type="checkbox"/> Tipus de vehicle: Model: Matrícula:		
TIPUS DE FÈRETRE <input type="checkbox"/> Comú <input type="checkbox"/> Especial		
LLOC DE PARTIDA		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
LLOC DE DESTINACIÓ FINAL <input type="checkbox"/> Cementiri <input type="checkbox"/> Crematori		

Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
LLOC D'EXPOSICIÓ		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
TERMINI D'EXPOSICIÓ		
DOCUMENTACIÓ QUE PRESENTA		
<input type="checkbox"/> Justificació de la rellevància social, política i cultural de la persona difunta		
<input type="checkbox"/> Certificat mèdic de la defunció		
<input type="checkbox"/> Inscripció en el Registre Civil i llicència d'enterrament		
<input type="checkbox"/> Certificat del tècnic responsable de l'embalsamament		
<input type="checkbox"/> Autorització judicial		
<input type="checkbox"/> Còpia del DNI (només en defecte d'autorització) del declarant i del representant		
<input type="checkbox"/> Còpia del NIF		
<input type="checkbox"/> Acreditació de la representació		
<input type="checkbox"/> Justificant de l'abonament de la taxa		
<input type="checkbox"/> Consentiment de la família		

DECLAR RESPONSABLEMENT:

Que les dades consignades són exactes, que dispòs de la documentació que ho acredita i que l'actuació compleix els requisits que preveu el Decret 11/2018, de 27 d'abril, pel qual es regula l'exercici de la sanitat mortuòria de les Illes Balears. A més, sé que l'incompliment d'aquesta declaració pot donar lloc a les responsabilitats que preveuen la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat; la Llei 33/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública; la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, i la Llei 16/2010, de 28 de desembre, de salut pública de les Illes Balears.

AUTORITZ LA CONSELLERIA DE SALUT PER CONSULTAR LES DADES SEGÜENTS:

Marcau amb una X la documentació que autoritzau la Direcció General de Salut Pública i Participació a consultar directament, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius:

☐ Dades d'identitat (DNI) del declarant i del representant.

Nom del representant:

Marcau amb una X si autoritzau.

AUTORITZ la Direcció General de Salut Pública i Participació per consultar directament amb els organismes corresponents, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius, les dades següents:

☐ Dades d'identitat (DNI) [del representant]

[Rúbrica del representant]

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i l'article 12 del Reial decret 1720/2007, consentiu expressament que les dades que facilitau en la sol·licitud es recullin i es tractin en el fitxer de policia sanitària mortuòria titularitat de la Conselleria de Salut (BOIB núm. 68, de 8 de maig de 2007).

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Direcció General de Salut Pública i Participació (carrer de Jesús, 38 A, de Palma).

_____, ____ d _____ de 20__

[Rúbrica]

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA I PARTICIPACIÓ

ANNEX 6
Model de declaració responsable per a enterraments especials de cadàvers
del grup II

ENTERRAMENT ESPECIAL	Registre:
-----------------------------	-----------

DADES DEL DECLARANT		
Nom i llinatges / Raó social:		DNI/NIF:
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
DADES DEL REPRESENTANT		
Nom i llinatges:		DNI:
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
ADREÇA DE NOTIFICACIÓ		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
Telèfon:	Fax:	Adreça electrònica:
DADES DEL DIFUNT		
Nom i llinatges:		DNI/NIE:
Lloc de la defunció:		Data: Hora:
CAUSA DE LA DEFUNCIÓ <input type="checkbox"/> Causa inicial: <input type="checkbox"/> Causa immediata:		
MITJÀ DE TRANSPORT <input type="checkbox"/> Tipus de vehicle: Model: Matrícula:		
ITINERARI <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aeri <input type="checkbox"/> Marítim		
LLOC I DATA DE LA INHUMACIÓ		
ESGLÉSIA		
Adreça:		
CP:	Municipi:	Província:
DOCUMENTACIÓ QUE PRESENTA		

<input type="checkbox"/> Certificat mèdic de la defunció, inscripció en el Registre Civil i llicència d'enterrament
<input type="checkbox"/> Certificat que en la cripta no hi ha factors de risc que impedeixen l'enterrament
<input type="checkbox"/> Certificat del tècnic responsable de l'embalsament
<input type="checkbox"/> Còpia del DNI (només en defecte d'autorització) del declarant i del representant
<input type="checkbox"/> Còpia del NIF
<input type="checkbox"/> Acreditació de la representació
<input type="checkbox"/> Justificant de l'abonament de la taxa

DECLAR RESPONSABLEMENT:

Que les dades consignades són exactes, que dispòs de la documentació que ho acredita i que l'actuació compleix els requisits que preveu el Decret 11/2018, de 27 d'abril, pel qual es regula l'exercici de la sanitat mortuòria de les Illes Balears. A més, sé que l'incompliment d'aquesta declaració pot donar lloc a les responsabilitats que preveuen la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat; la Llei 33/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública; la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, i la Llei 16/2010, de 28 de desembre, de salut pública de les Illes Balears.

AUTORITZ LA CONSELLERIA DE SALUT PER CONSULTAR LES DADES SEGÜENTS:

Marcau amb una X la documentació que autoritzau la Direcció General de Salut Pública i Participació a consultar directament, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius:

☐ Dades d'identitat (DNI) del comunicant i del representant.

Nom del representant:

Marcau amb una X si autoritzau.

AUTORITZ la Direcció General de Salut Pública i Participació per consultar directament amb els organismes corresponents, d'acord amb el Decret 6/2013, de 8 de febrer, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius, les dades següents:

☐ Dades d'identitat (DNI) [del representant]

[Rúbrica del representant]

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i l'article 12 del Reial decret 1720/2007, consentiu expressament que les dades que facilitau en la sol·licitud es recullin i es tractin en el fitxer de policia sanitària mortuòria titularitat de la Conselleria de Salut (BOIB núm. 68, de 8 de maig de 2007).

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Direcció General de Salut Pública i Participació (carrer de Jesús, 38 A, de Palma).

_____, ____ d _____ de 20__

[Rúbrica]

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA I PARTICIPACIÓ