

ORDINUL NR. 1532/2017 DIN 29 DECEMBRIE 2017

privind aprobarea formularelor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 741/2016 pentru aprobarea Normelor tehnice și sanitare privind serviciile funerare, înhumarea, incinerarea, transportul, deshumarea și reînhumarea cadavrelor umane, cimitirele, crematoriile umane, precum și criteriile profesionale pe care trebuie să le îndeplinească prestatorii de servicii funerare și nivelul fondului de garantare

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 46 din 17 ianuarie 2018

Văzând Referatul de aprobare nr. F.B. 14.079/2017 întocmit de Direcția generală de asistență medicală și sănătate publică,

având în vedere art. 46 din Hotărârea Guvernului nr. 741/2016 pentru aprobarea Normelor tehnice și sanitare privind serviciile funerare, înhumarea, incinerarea, transportul, deshumarea și reînhumarea cadavrelor umane, cimitirele, crematoriile umane, precum și criteriile profesionale pe care trebuie să le îndeplinească prestatorii de servicii funerare și nivelul fondului de garantare,

în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

**ministrul sănătății** emite următorul ordin:

ART. 1

(1) Se aprobă modelul cererii pentru obținerea autorizației sanitare de funcționare pentru prestarea de servicii funerare și modelul referatului de evaluare pentru autorizarea sanitară a prestatorilor de servicii funerare, prevăzute în anexa nr. 1 la prezentul ordin.

(2) La eliberarea autorizației sanitare de funcționare se specifică activitățile desfășurate de prestatorul de servicii funerare, conform codului CAEN.

(3) Autorizația sanitară de funcționare în baza referatului de evaluare se emite conform modelului prevăzut în anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.030/2009 privind aprobarea procedurilor de reglementare sanitară pentru proiectele de amplasare, amenajare, construire și pentru funcționarea obiectivelor ce desfășoară activități cu risc pentru starea de sănătate a populației, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 2

Se aprobă modelul cererii pentru obținerea avizului direcției de sănătate publică în vederea îmbălsămării, prevăzut în anexa nr. 2 la prezentul ordin.

ART. 3

Se aprobă modelul declarației pe propria răspundere a tanatopractorului cu privire la metoda și substanțele folosite, prevăzut în anexa nr. 3 la prezentul ordin.

ART. 4

Se aprobă modelul cererii familiei pentru realizarea îmbălsămării, prevăzut în anexa nr. 4 la prezentul ordin.

ART. 5

Se aprobă modelul cererii pentru obținerea autorizației sanitare de funcționare pentru activități de înmormântare/înhumare (cimitire) și modelul referatului de evaluare pentru autorizarea sanitară a activităților de înmormântare/înhumare (cimitire), prevăzute în anexa nr. 5 la prezentul ordin.

ART. 6

Se aprobă modelul cererii pentru obținerea autorizației sanitare de funcționare pentru activități de incinerare a persoanelor decedate (crematorii umane) și modelul referatului de evaluare pentru autorizarea sanitară a activităților de incinerare a persoanelor decedate (crematorii umane), prevăzute în anexa nr. 6 la prezentul ordin.

ART. 7

Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. 8

Anexele nr. 1 - 6 fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 9

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare în 30 de zile de la publicare.

Ministrul sănătății,  
**Florian-Dorel Bodog**

București, 29 decembrie 2017.  
Nr. 1.532.

## ANEXA 1

A. Modelul cererii pentru obținerea autorizației sanitare de funcționare pentru prestarea de servicii funerare

Direcția de Sănătate Publică .....

Nr. .... / .... / .....

### CERERE

Subsemnatul(a), ....., cu domiciliul în localitatea ....., județul ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la data de ....., în calitate de ..... al Societății ....., cu sediul în ....., telefon ....., fax ....., înmatriculată la registrul comerțului cu nr. ...., având codul fiscal nr. .... din ....., solicit ..... pentru ....., situat la

..... ,  
(adresa)

având ca obiect de activitate ..... și cod CAEN .....

#### I. Activitatea desfășurată constă în:

.....  
.....

#### II. Anexez la cerere documentația\*) solicitată completă, și anume:

a) copie a certificatului de înregistrare la registrul comerțului și certificat constatator pentru punctele de lucru (după caz), actului constitutiv/statutului din care să reiasă codul CAEN;

b) memoriul tehnic privind spațiile și mijloacele de transport;

c) planul de situație cu încadrarea în zonă și schițele cu detalii de structură funcțională;

d) dovada privind deținerea legală a spațiului în care se prestează serviciile funerare;

e) acte doveditoare privind angajarea tanatopractorului/tanatopractorilor și documente privind calificarea tanatopractorului/tanatopractorilor;

f) dovada deținerii trusei/truselor de îmbălsămare;

g) fișele de aptitudine ale personalului care atestă efectuarea examenelor medicale la angajare și/sau examenelor medicale periodice, conform Hotărârii Guvernului nr. 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor, cu modificările și completările ulterioare, și certificatele de sănătate mintală ale personalului care prestează îngrijiri medicale și celui care transportă decedații;

h) autorizația de transport emisă în baza Legii serviciilor de transport public local nr. 92/2007, cu modificările și completările ulterioare, sau cartea de identitate a vehiculului cu următoarele înscrisuri specifice: categorie de folosință: autovehicul special; caroserie: SD funerar;

i) declarația pe propria răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizarea este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu;

j) dovada de achitare a tarifului de autorizare sanitară, respectiv chitanța de plată a tarifului de autorizare nr. .... din data de ....., în valoare de ..... lei - copie conformă cu originalul;

k) alte documente care să ateste îndeplinirea cerințelor legale, identificate de personalul specializat, prezentate în etapa de evaluare.

-----  
\*) Documentele menționate la lit. a) - j) vor fi depuse în copie cu mențiunea "conform cu originalul" și vor fi semnate și/sau stampilate de către solicitant.

Data (completării)

.....

Semnătura

.....

#### NOTĂ:

În cazul în care prestatorul de servicii funerare își extinde/modifică/restrânge activitățile menționate la pct. I, este obligat să solicite emiterea unei noi autorizații sanitare de funcționare.

## B. Modelul referatului de evaluare pentru autorizarea sanitară a prestatorilor de servicii funerare

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Direcția de Sănătate Publică .....

### REFERAT de evaluare pentru autorizarea sanitară

Nr. .... / ..... / 20 .....

Subsemnatul(a), ....., în calitate de .....,  
însoțit/insoțită de ..... din cadrul

.....,  
(se specifică autoritatea competentă)

serviciul/biroul/compartimentul ....., am efectuat la solicitarea

.....,  
(denumirea solicitantului)

cu sediul în ....., înregistrată la  
..... nr. .... / ..... / 20 ....., în prezența  
domnului/doamnei ....., în calitate de ....., evaluarea  
obiectivului ....., cu sediul în localitatea ....., str.  
..... nr. ...., județul/sectorul ....., cod CAEN  
..... și cu activitatea .....

1. S-au evaluat condițiile de desfășurare a activității/activităților:

2. Structura spațiilor de prestare a serviciilor funerare este conformă prevederilor:

.....  
(precizarea prevederilor legale pentru fiecare tip de activitate autorizată)

3. Dotările cu utilități sunt conforme prevederilor:

4. Analiza de conformitate la condițiile igienico-sanitare privind:

|                                                                                            |  |    |  |    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|----|--|
| a) conformitatea spațiilor .....                                                           |  | DA |  | NU |  |
| conformitatea spațiului pentru îngrijiri mortuare .....                                    |  | DA |  | NU |  |
| b) conformitatea mijlocului/mijloacelor de transport .....                                 |  | DA |  | NU |  |
| c) conformitatea produselor biocide folosite .....                                         |  | DA |  | NU |  |
| d) existența trusei de îmbălsămare .....                                                   |  | DA |  | NU |  |
| e) suprafețe lavabile .....                                                                |  | DA |  | NU |  |
| f) agregat frigorific .....                                                                |  | DA |  | NU |  |
| g) acces la apă potabilă .....                                                             |  | DA |  | NU |  |
| h) racord la canalizare prevăzut cu filtru .....                                           |  | DA |  | NU |  |
| i) asigurarea grupurilor sanitare, duș, vestiar .....                                      |  | DA |  | NU |  |
| j) asigurarea evacuării deșeurilor .....                                                   |  | DA |  | NU |  |
| k) personalul (dotări conform normelor privind sănătatea<br>și securitatea în muncă) ..... |  | DA |  | NU |  |

Concluzii:

1. Sunt îndeplinite condițiile pentru eliberarea autorizației sanitare:

2. Nu sunt îndeplinite condițiile pentru eliberarea autorizației sanitare, deoarece s-au  
constatat neconformități privind obiectivul supus autorizării (se menționează).

Medic specialist/primar,  
.....

- Model -

**CERERE**

**pentru obținerea avizului direcției de sănătate publică în vederea îmbălsămării**

Subsemnatul(a), ....., tanatopractor conform Certificatului Ministerului Sănătății nr. .... / ....., legitimat(ă) cu CI seria .... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la data de ....., cu domiciliul în ....., județul ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., ap. ...., angajat al Societății ....., cu sediul în localitatea ....., județul ....., adresa ....., înmatriculată la registrul comerțului cu nr. ...., solicit avizul direcției de sănătate publică în vederea efectuării îmbălsămării dlui/dnei ..... decedat/decedate la data de ..... și aflat(e) la adresa .....

Anexez la prezenta copie după Certificatul de tanatopractor nr. .... / ....., copie după certificatul medical constatator al decesului doamnei/domnului ....., cererea familiei pentru îmbălsămare și declarația privind metoda și produsele biocide folosite.

Data

Ștampila prestatorului de servicii funerare

.....

Semnătura

.....

- Model -

**DECLARAȚIE**  
**pe propria răspundere a tanatopractorului**

Subsemnatul, ....., tanatopractor în baza Certificatului nr. ...., emis de Ministerul Sănătății, domiciliat în ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/județul ....., posesor al CI/BI ..... seria ..... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la data de ....., CNP .....,

cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, declar pe propria răspundere următoarele:

- voi folosi ca metodă de îmbălsămare/tanatopraxie ..... și tehnica ....., care presupune injectarea în ..... și în ..... a următoarelor produse și substanțe chimice: ....., în cantitatea de .....

- procedura de îmbălsămare/tanatopraxie nu va urmări conservarea definitivă a corpului defunctei (defunctului) și se vor folosi numai produse biocide avizate de către Comisia Națională pentru Produse Biocide.

Dau prezenta declarație, fiindu-mi necesară pentru .....

Data

.....

Declarant,

.....  
(numele, prenumele și semnătura)

## ANEXA 4

- Model -

### **CERERE pentru îmbălsămarea defunctei/defunctului**

Subsemnatul, ....., având calitatea de:

☐ soț/soție al/a defunctei/defunctului;

☐ rudă apropiată a defunctei/defunctului, gradul .....

☐ persoană mandatată prin contract pentru a se îngriji de înmormântare;

☐ persoană stabilită prin testament pentru a se îngriji de înmormântare,

al .....  
(numele și prenumele persoanei decedate)

solicit efectuarea îmbălsămării defunctei/defunctului în vederea desfășurării în bune condiții a serviciilor funerare.

☐ Declar că dorim expunerea defunctei/defunctului cu capacul sicriului deschis.

☐ Declar că înmormântarea defunctei/defunctului presupune transportul pe o distanță de ..... km.

Data

.....

Semnătura

.....

Se bifează cu X în căsuța corespunzătoare.

A. Modelul cererii pentru obținerea autorizației sanitare de funcționare pentru activități de înmormântare/înhumare (cimitire)

Direcția de Sănătate Publică .....

Nr. .... / .... / ....

**CERERE**

Subsemnatul(a), ....., cu domiciliul în localitatea ....., județul ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la data de ....., în calitate de ..... al ....., cu sediul în ....., telefon ....., fax ....., înmatriculată la registrul comerțului cu nr. ...., având codul fiscal nr. .... din ....., solicit ..... pentru ....., situat la

..... ,  
(adresa)

având ca obiect de activitate (cod CAEN) .....

Anexez la cerere documentația solicitată completă, și anume:

- a) memoriul tehnic;
- b) planul de situație cu încadrarea în zonă/copie după certificatul de urbanism\*);
- c) schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice;
- d) actul de înființare a cimitirului;
- e) acte doveditoare privind deținerea legală a spațiului și declarație pe propria răspundere că spațiul este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu;
- f) regulamentul de organizare și funcționare a cimitirului, avizat de autoritatea publică locală;
- g) dovada de achitare a tarifului de autorizare sanitară, respectiv chitanța de plată a tarifului de autorizare nr. .... din data de ....., în valoare de ..... lei - copie conformă cu originalul;
- h) alte documente care să ateste îndeplinirea cerințelor legale, identificate de personalul specializat, prezentate în etapa de evaluare.

Documentele menționate la lit. a) - g) se depun în copie cu mențiunea "conform cu originalul" și vor fi semnate și/sau ștampilate de către solicitant.

-----  
\*) Certificatul de urbanism se va depune doar pentru cimitirele înființate după anul 1958, în situațiile prevăzute la art. 24 alin. (1) lit. b) și c) din Hotărârea Guvernului nr. 741/2016 pentru aprobarea Normelor tehnice și sanitare privind serviciile funerare, înhumarea, incinerarea, transportul, deshumarea și reînhumarea cadavrelor umane, cimitirele, crematoriile umane, precum și criteriile profesionale pe care trebuie să le îndeplinească prestatorii de servicii funerare și nivelul fondului de garantare.

Data (completării)  
.....

Semnătura  
.....

## B. Model referatului de evaluare pentru autorizarea sanitară a activităților de înmormântare/înhumare (cimitire)

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Direcția de Sănătate Publică .....

### **REFERAT** **de evaluare pentru autorizarea sanitară**

Nr. .... / ..... / 20....

Subsemnatul(a), ....., în calitate de ....., însoțit/însoțită de ..... din cadrul

.....,  
(se specifică autoritatea competentă)  
serviciul/biroul/compartimentul ....., am efectuat la solicitarea

.....,  
(denumirea solicitantului)  
cu sediul în ....., înregistrată la ..... nr. .... / ..... / 200.., în prezența domnului/doamnei ....., în calitate de ....., evaluarea obiectivului ....., cu sediul în localitatea ....., str. .... nr. ...., județul/sectorul ....., cu activitatea (cod CAEN) .....

1. S-au evaluat condițiile de desfășurare a activității/activităților:

2. Structura cimitirului este conformă prevederilor:

.....  
(precizarea prevederilor legale pentru fiecare tip de activitate autorizată)

3. Dotările cu utilități sunt conforme prevederilor:

4. Analiza de conformitate la condițiile igienico-sanitare privind:

- a) asigurarea alimentării cu apă ..... |\_DA\_|\_NU\_|  
b) asigurarea grupurilor sanitare ..... |\_DA\_|\_NU\_|  
c) asigurarea evacuării deșeurilor ..... |\_DA\_|\_NU\_|  
d) asigurarea ventilației/temperaturii în sălile de ceremonii ..... |\_DA\_|\_NU\_|  
e) personalul (dotări conform normelor privind sănătatea și securitatea în muncă) ..... |\_DA\_|\_NU\_|

Concluzii:

1. Sunt îndeplinite condițiile pentru eliberarea autorizației sanitare:

2. Nu sunt îndeplinite condițiile pentru eliberarea autorizației sanitare, deoarece s-au constatat neconformități privind obiectivul supus autorizării (anexă).

Medic specialist/primar,  
.....



## ANEXA 6

A. Modelul cererii pentru obținerea autorizației sanitare de funcționare pentru activități de incinerare a persoanelor decedate (crematorii umane)

Direcția de Sănătate Publică .....

Nr. .... / .... / ....

### CERERE

Subsemnatul(a), ....., cu domiciliul în localitatea ....., județul ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., posesor/posesoare al/a BI/CI seria .... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la data de ....., în calitate de ..... al ....., cu sediul în ....., telefon ....., fax ....., înmatriculată la registrul comerțului cu nr. ...., având codul fiscal nr. .... din ....., solicit ..... pentru ....., situat la

.....,  
(adresa)

având ca obiect de activitate (cod CAEN) .....

Anexez la cerere documentația solicitată completă, și anume:

- a) memoriul tehnic cu detalii constructive ale crematoriului;
- b) planul de situație cu încadrarea în zonă/documentația de urbanism;
- c) schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice activității;
- d) actul de înființare a crematoriului/autorizația de construcție;
- e) acte doveditoare privind deținerea legală a spațiului/declarație pe propria răspundere că spațiul este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu;
- f) dovada de achitare a tarifului de autorizare sanitară, respectiv chitanța de plată a tarifului de autorizare nr. .... din data de ....., în valoare de ..... lei - copie conformă cu originalul;
- g) alte documente care să ateste îndeplinirea cerințelor legale, identificate de personalul specializat, prezentate în etapa de evaluare.

Documentele menționate la lit. a) - f) sunt depuse în copie cu mențiunea "conform cu originalul" și vor fi semnate și/sau ștampilate de către solicitant.

Data (completării)

.....

Semnătura

.....

**B. Modelul referatului de evaluare pentru autorizarea sanitară a activităților de incinerare a persoanelor decedate (crematorii umane)**

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Direcția de Sănătate Publică .....

**REFERAT  
de evaluare pentru autorizarea sanitară**

Nr. .... / .... / 20....

Subsemnatul(a), ....., în calitate de ....., însoțit/însoțită de  
..... din cadrul

.....,  
(se specifică autoritatea competentă)  
serviciul/biroul/compartimentul ....., am efectuat la solicitarea  
.....,

.....  
(denumirea solicitantului)  
cu sediul în ....., înregistrată la ..... nr.  
.../.../200.., în prezența domnului/doamnei ....., în calitate de  
....., evaluarea obiectivului ....., cu sediul în localitatea  
....., str. .... nr. ...., județul/sectorul  
....., cu activitatea (cod CAEN) .....

1. S-au evaluat condițiile de desfășurare a activității/activităților:

2. Structura crematoriului este conformă prevederilor:

.....  
(precizarea prevederilor legale pentru fiecare tip de activitate autorizată)  
3. Dotările cu utilități sunt conforme prevederilor:

4. Analiza de conformitate la condițiile igienico-sanitare privind:

- a) accesibilitate la apă potabilă ..... |\_DA\_|\_NU\_|  
b) asigurarea grupurilor sanitare ..... |\_DA\_|\_NU\_|  
c) asigurarea evacuării deșeurilor ..... |\_DA\_|\_NU\_|  
d) asigurarea sistemelor de filtrare și depoluare a gazelor de  
ardere ..... |\_DA\_|\_NU\_|  
e) personalul (dotări conform normelor privind sănătatea și  
securitatea în muncă) ..... |\_DA\_|\_NU\_|

Concluzii:

1. Sunt îndeplinite condițiile pentru eliberarea autorizației sanitare:

2. Nu sunt îndeplinite condițiile pentru eliberarea autorizației sanitare, deoarece s-au  
constatat neconformități privind obiectivul supus autorizării (anexă).

**NOTĂ:**

În cazul obiectivelor pentru care prevederile legale în vigoare stabilesc cerințe suplimentare, referatul se  
completează cu evaluarea cerințelor specifice.

Medic specialist/primar,  
.....

-----