

CONSTATAZIONE DI DECESSO

Al Sindaco del Comune di _____

Io sottoscritto/a dr. _____ dichiarato che

in Via _____ n. _____ Comune di _____

alle ore _____, in data ____/____/____ ho constatato il decesso del Sig./della Sig.ra

nato/a _____ il ____/____/____

residente a _____ DOCUMENTO DI IDENTITA' N° _____

Data ____/____/____ *timbro e firma del medico*

TRASPORTO DELLA SALMA (ai sensi dell'art. 10 L.R. ER 19/04):

☐ Si certifica in base alla visita effettuata, che "il trasporto della salma può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato" (art.10 legge RER19/2004)

☐ Si autorizza il trasporto di salma c/o _____

Data ____/____/____ *timbro e firma del medico*

ATTESTAZIONE MEDICA PER LA CREMAZIONE DI CADAVERE

Io sottoscritto/a dr. _____ dopo aver constatato che il Sig./la Sig.ra

_____ nato/a _____ il ____/____/____

è deceduto in data ____/____/____ alle ore _____ in conseguenza a verosimili cause naturali/traumatiche.

Si certifica che, in base alla visita effettuata, risulta escluso il sospetto di morte dovuta a reato (art.79, comma4 DPR285/1990).

☐ NON è portatore di stimolatore cardiaco

☐ È portatore di stimolatore cardiaco

Data ____/____/____ *timbro e firma del medico*

☐ È portatore di stimolatore cardiaco che è stato rimosso terminato il periodo di osservazione

Data ____/____/____ *timbro e firma del medico*

CERTIFICATO DI VISITA NECROSCOPICA PER L'ACCERTAMENTO DELLA MORTE

Allo Stato Civile del Comune di _____ prov. _____

Io sottoscritto/a Dr. _____ dichiarato di essermi recato in data odierna

in Via _____ n. _____ Comune di _____

ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 10/9/1990 n. 285 ho proceduto alla visita necroscopica della salma del Sig./della Sig.ra

Nato/a _____ prov. di (____) il ____/____/____

Residente in vita a _____ in Via _____ num. _____

Note _____

Certifico

ai sensi dell'art. 141 del R.D. 9/7/1939 n. 1238

che il decesso è avvenuto il giorno ____/____/____ alle ore _____

luogo del decesso _____

La salma dovrà essere sepolta trascorse ore _____ dall'ora del decesso.

☐ Chiusura anticipata di bara: ex art.10 DPR285/90 (malattia infettiva diffusa e/o putrefazione)

☐ Chiusura anticipata di bara: ex art.8 DPR285/90 (tanatogramma; alteraz. corpo incompatibili con la vita)

☐ Chiusura di bara dopo le 48 ore per "morte improvvisa" ex art.9 DPR285/90

____/____/____ *timbro e firma del medico necroscopo*

ATTESTAZIONE ESECUZIONE INIEZ. CONSERVATIVA

☐ Il decesso e' dovuto/non è dovuto a malattia infettivo-diffusiva (art. 18 e 25 DPR 285/90)

☐ è stata altresì eseguita iniezione conservativa (art.32 DPR 285/90)

☐ altro _____

____/____/____ *timbro e firma del medico*

SERVIZIO DI STATO CIVILE

Atto di morte numero _____ parte _____ serie _____ anno _____

Autorizzazione al seppellimento numero _____ del _____

____/____/____

Ufficiale di Stato Civile