

Al Sindaco del Comune di _____

CONSTATAZIONE DI DECESSO / AVVISO DI MORTE

Io sottoscritto/a _____ dichiaro che in
cognome e nome del medico
Via _____ n. _____ località/Comune di _____ ho constatato
il decesso del/la Sig./ra _____
cognome e nome del defunto
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ residente a _____
avvenuto in data ____ / ____ / ____ alle ore _____ :

- ora del decesso constatata personalmente
 ora del decesso riferitami dal familiare

Il decesso è avvenuto per :

- verosimile causa naturale
 verosimile causa violenta

La salma:

- E' portatrice di pace-maker
 NON E' portatrice di pace-maker

In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.:

- HO presentato referto all'Autorità Giudiziaria
 NON HO presentato referto all'Autorità Giudiziaria

Ai fini del trasporto della salma:

- Certifico che dalla visita effettuata NON ravviso ipotesi di reato e che l'eventuale trasporto della salma può svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica, ai sensi dell'art. 10, c. 2, L.R. 19/04.

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma del medico

CERTIFICATO MEDICO PER CREMAZIONE

Ai sensi dell'art 79, comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi di reato in relazione al decesso del/della Sig./ra _____ nato/a a _____
il ____ / ____ / ____ residente a _____ deceduto/a il ____ / ____ / ____

- La salma E' portatrice di pace-maker
 La salma NON E' portatrice di pace-maker

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma leggibile del medico curante

Visto in data ____ / ____ / ____ si conferma che NON si ravvisano ipotesi di reato

- Si è provveduto alla rimozione del pace-maker.

Timbro e firma leggibile del medico necroscopo

COMUNE DI _____
UFFICIO DELLO STATO CIVILE

Atto di morte n. _____ Parte _____ Serie _____ Anno _____

Visto per l'inserzione del presente documento nel volume degli allegati al Registro degli Atti di morte.

Li ____ / ____ / ____

L'Ufficiale di Stato civile

Si dà atto che per la sepoltura è stato richiesto il Nulla Osta alla Procura della Repubblica presso il Tribunale e che la stessa lo ha rilasciato in data ____ / ____ / ____ Prot. n. _____

COMUNE DI _____
Provincia di REGGIO EMILIA

Al medico necroscopo

Per gli adempimenti spettanti alla S.V. ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento di Polizia Mortuaria Le porto a conoscenza di aver ricevuto denuncia che il giorno ____ / ____ / ____ alle ore ____ presso¹ _____ posta in Via _____ n. _____ è avvenuto il decesso di _____ nato a _____ (____) il ____ / ____ / ____ residente in _____ di stato civile _____

Li ____ / ____ / ____

L'Ufficiale di Stato civile

abitazione, casa protetta, istituto...

Al Sindaco del Comune di _____

CERTIFICATO DI VISITA NECROSCOPICA

(art. 4, comma 4, D.P.R. n. 285/90; art. 74, comma 2, D.P.R. n. 396/2000; art. 8, comma 2, L.R. n. 19/2004)

Il giorno ____ / ____ / ____ alle ore _____ in via _____

Comune di _____ ho accertato la realtà della morte

del/la Sig./ra _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / ____ deceduto/a il ____ / ____ / ____ alle ore _____

Il seppellimento può avvenire:

- dopo 24 ore di osservazione
 dopo 48 ore di osservazione, per il seguente motivo: _____
 prima di 24 ore di osservazione, per il seguente motivo:

- accertamento della morte eseguito mediante elettrocardiografia continua per 20':
Inizio registrazione: Ora _____ e Min. _____ Fine registrazione: Ora _____ e Min. _____

- altro motivo: _____

In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.:

- HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria
 NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria

Note: _____

Timbro e firma del medico necroscopo