

rev 0.1 2024

(da compilarsi a cura del Medico dell'UO ove è avvenuto il decesso)

Al Signor Ufficiale dello Stato Civile del Comune di _____

Si trasmette la seguente Comunicazione di decesso:

Luogo di morte: (1) _____ altro: _____

(2) UO _____ PO _____

Data della morte: _____ ora: _____ minuti: _____

- Sesso: **maschile I_I** **femminile I_I**
- Nome del/la defunto/a: _____
- Cognome del/la defunto: _____
- Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____
- Residenza: _____ Cittadinanza: _____
- Coniugato Celibe/Nubile Divorziato Vedovo
- Cognome e Nome Coniuge: _____

DICHIARAZIONE DI DECESSO DI NEONATO DECEDUTO O NATO MORTO

(da compilarsi a cura del Medico di Ostetricia o Ostetrico/a)

Luogo di morte: (1) _____ altro: _____

(2) UO _____ PO _____

(indicare "deceduto" o Nato Morto se in sala parto)

Data della morte: _____ ora: _____ minuti: _____

Causa della morte: _____

(indicare se Nato Morto oppure indicare "Morte endouterina fetale")

- Sesso: **maschile I_I** **femminile I_I** Peso: _____ gr.
- Cognome e nome 1° genitore _____
- Cognome e nome 2° genitore _____
- Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

_____, ____/____/____

Il Medico

Timbro e firma

(1) Indicare il Comune

(2) Indicare l'esatto indirizzo o luogo preciso del decesso (Unità Operativa e Presidio Ospedaliero)