

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)