



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867  
CERTIFICATO NECROSCOPICO

rev 0.1 2024

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara all'Ufficiale di Stato civile che in questo Ospedale alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ è morto/a Il/la sig/sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

In caso di neonato indicare l'età gestazionale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Celibe/nubile

Coniugato/convivente

Vedovo/a

Cognome e nome del coniuge/convivente \_\_\_\_\_

Cognome e nome del padre \_\_\_\_\_

Cognome e nome della madre \_\_\_\_\_

CAUSA DI MORTE \_\_\_\_\_

Dichiaro che il soggetto sopraindicato è GIUNTO CADAVERE il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Accertamento di morte

- Accertamento elettrocardiografico ai sensi del DPR 285/90 art. N.8 comma 1 del Regolamento di Polizia mortuaria (ECG di 20 minuti)
- Osservazione per almeno 24 ore
- Non necessario (In caso di morte per decapitazione o maciullamento)
- Salma sottoposta a sequestro da parte dell'Autorità Giudiziaria?  SI  NO
- che non ha sospetto che la morte sia dovuta a reato
- che nulla osta ai fini della cremazione.

Data \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Ospedale di \_\_\_\_\_

Il Medico Necroscopo

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma