



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 _____

Dichiara 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