

**AVVISO DI MORTE
CERTIFICATO NECROSCOPICO**

M/919/422
Rev.1
Pagina 1 di 2

(a cura del Medico del Reparto)

A norma delle vigenti disposizioni di Legge il sottoscritto dà avviso all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di Roma che presso questa Azienda Ospedaliera alle ore _____ del giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____

- ☐ è morto
- ☐ è giunto cadavere

1. Cognome e nome _____

Documento d'identità _____ N.° _____

2. Nome del padre _____

3. Cognome e nome (da nubile) _____

4. Nome della madre _____

5. Luogo di nascita _____

6. Data di nascita _____

7. Età in anni compiuti _____

Per i bambini:

Giorni compiuti _____

(di età non superiore a un mese)

Mesi compiuti _____

(di età non superiore a un mese)

Ore di esistenza in vita _____

(se deceduti lo stesso giorno di nascita)

Se nati morti indicare le settimane di gestazione _____

8. Professione _____

9. Comune di Residenza _____

10. Via/Piazza _____

11. Stato Civile _____

(se coniugato, vedovo o divorziato indicare il cognome e nome del coniuge superstite)

12. Cittadinanza _____

13. CAUSA DI MORTE:

Malattia iniziale _____

Succesioni morbose o complicate _____

Causa terminale _____

**AVVISO DI MORTE
CERTIFICATO NECROSCOPICO**

M/919/422
Rev.1
Pagina 2 di 2

LA SALMA:

- ☐ **E' messa a disposizione dell'Autorità Giudiziaria**
☐ **Non è messa a disposizione dell'Autorità Giudiziaria**

IL RISCONTRO DIAGNOSTICO:

- ☐ **E' richiesto**
☐ **Non è richiesto**

Roma, li _____

Il Medico del Reparto
(Timbro e firma)

CERTIFICATO NECROSCOPICO

Il sottoscritto medico delegato dal Direttore Sanitario attesta d'aver accertato la realtà della morte, e dichiara che il seppellimento potrà aver luogo dopo che siano trascorse _____ ore da quella in cui avvenne il decesso, ove trattasi di morte naturale.

In caso di morte violenta, per cui la salma è stata posta a disposizione dell'Autorità Giudiziaria, il rilascio del permesso di seppellimento è subordinato al nulla osta del Procuratore della Repubblica.

Roma, li _____

IL DIRETTORE SANITARIO

Timbro e firma

COMUNE DI _____
Ufficio di Stato Civile

Allegato al Registro degli Atti di Morte

Rilasciato per messo di tumulazione

Atto N. _____ P.II – Ser. B _____ N. _____

L'IMPIEGATO

Visto: UFFICIALE DELLO STATO CIVILE