

## Accertamento di morte

*Ai sensi del Regolamento Regionale 09/11/2004, n. 6, art. 40, com. 6*

## Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita	
Residenza					
Comune	Indirizzo			Civico	CAP
Telefono	Fax	E-mail PEC (domicilio digitale, una casella mail non PEC non sarà ritenuta valida)			

## CERTIFICA

**di aver accertato la morte di**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>		
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso (M/F)</b>	<b>Cittadinanza</b>	<b>Luogo di nascita</b>		
<b>Residenza in vita</b>					
<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>		<b>Civico</b>	<b>CAP</b>	<b>Provincia</b>

**che il cadavere**

- è portatore di pace-maker
- non è portatore di pace-maker

che

*ha sospetto che la morte sia dovuta a reato*  
 *non ha sospetto che la morte sia dovuta a reato*

## **E DISPONE**

<input type="checkbox"/>	<p><i>l'adozione delle seguenti misure precauzionali igienico-sanitarie</i>            (le precauzioni igienico sanitarie riguardano sia eventuali malattie infettive che eventuali contaminazioni ambientali e contaminazioni da materiale radioattivo)</p> <p><b>Descrizione delle misure precauzionali igienico sanitarie</b></p>
<input type="checkbox"/>	<p><i>la riduzione del periodo di osservazione per</i>            (indicare se l'eventuale riduzione del periodo di osservazione viene disposta per decapitazione, maciullamento, avanzato stato di decomposizione o putrefazione o altre motivazioni specifiche ovvero se sia stata effettuata rilevazione elettrocardiografica per 20 minuti)</p> <p><b>Causa di riduzione del periodo di osservazione</b></p>

<b>Lugar</b>	<b>Fecha</b>	<b>El diligenciente</b>
--------------	--------------	-------------------------