

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 Provincia
Telefono	Fax	E-mail PEC (domicilio digitale, una casella mail non PEC non sarà ritenuta valida)		
in qualità di				
<input type="checkbox"/>	direttore sanitario o delegato della struttura sanitaria di ricovero (specificare)			
<input type="checkbox"/>	direttore sanitario o delegato della struttura socio-sanitaria (specificare)			
<input type="checkbox"/>	medico incaricato delle funzioni di necroscopo dall'azienda di tutela sanitaria (ATS) (specificare)			
Tipo di provvedimento		Numero	Data	

CERTIFICA

di aver accertato la morte di				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza		Luogo di nascita
Residenza in vita				
Comune	Indirizzo		Civico	CAP Provincia

che il cadavere	
<input type="checkbox"/>	è portatore di pace-maker
<input type="checkbox"/>	non è portatore di pace-maker

che	
<input type="checkbox"/>	ha sospetto che la morte sia dovuta a reato
<input type="checkbox"/>	non ha sospetto che la morte sia dovuta a reato

E DISPONE

<input type="checkbox"/>	l'adozione delle seguenti misure precauzionali igienico-sanitarie (le precauzioni igienico sanitarie riguardano sia eventuali malattie infettive che eventuali contaminazioni ambientali e contaminazioni da materiale radioattivo)
	Descrizione delle misure precauzionali igienico sanitarie
<input type="checkbox"/>	la riduzione del periodo di osservazione per (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)
	Causa di riduzione del periodo di osservazione

Luogo	Data	Il dichiarante