

## CONSTATAZIONE DI DECESSO

Si constata l'avvenuto decesso del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_, riconosciuto/a come tale tramite:

- documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- testimonianza di un/una suo/sua parente, riconosciuto/a come tale tramite documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Il decesso, valutabile clinicamente (vedi D.M. n. 582/1994), è avvenuto in (luogo di ritrovamento della salma)

\_\_\_\_\_.

Altre eventuali notizie (es.: lesioni traumatiche riscontrate, fenomeni tanatologici, tentativi di RCP):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Poiché si può stabilire, in termini di umana certezza, che si tratta di (sottolineare l'opzione desiderata) **morte naturale/non determinabile/violenta**, si lascia il corpo a disposizione:

- del medico curante (per il relativo certificato di morte) e dei familiari (per le esequie) [naturale]
- del medico necroscopo (per il riscontro diagnostico) [non determinabile]
- dell'autorità giudiziaria (per le indagini del caso) [violenta]

IN CASO DI SOSPETTA MORTE NATURALE, SE RITENUTO NECESSARIO:

Il trasporto della salma, se effettuato nei modi previsti dalla legge, può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica. Al fine di completare il periodo di osservazione la salma verrà trasportata, per espressa richiesta dei familiari/conviventi o per motivi di ordine pubblico, presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_

(obitorio/deposito di osservazione delle salme/servizio mortuario di una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata/struttura per l'osservazione individuata dal Comune per l'accertamento di morte/altro).

Luogo e data: \_\_\_\_\_.

Ora della constatazione: \_\_\_\_\_.

(timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_