



Azienda Socio Sanitaria Locale N. 10
“Veneto Orientale”

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

_____ li _____

N. registro _____ / _____

Ai sensi art. 79, comma 4, DPR 10.09.1990, n. 285

il sottoscritto Dr. _____

[] medico necroscopo dell' A.S.S.L. 10

[] medico curante del menzionato

- presa visione della documentazione relativa alla morte di

Cognome e Nome _____

deceduto/a il _____ a _____

- espletati gli accertamenti ritenuti opportuni
- considerate le relative risultanze

CERTIFICA

che la persona sopra nominata non è deceduta per causa dovuta a reato o a sospetto reato.

In carta semplice, ai fini di autorizzazione alla cremazione.

il Medico

(timbro e firma per esteso)

Visto, per l'autentica della firma del Dr. _____

nato a _____ il _____

identificato a mezzo di _____ del _____

rilasciato da _____

il Responsabile

del Servizio Igiene e Sanità Pubblica