

CONSTATAZIONE di DECESSO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
certifica che in data _____ alle ore _____ in località (domicilio,
pubblica via) _____
ha constatato il decesso del/della Sig./Sig.ra _____
identificato/a con documento di riconoscimento _____
Codice Fiscale _____ nato/a il _____
a _____ e residente in _____

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: _____

Luogo e Data _____

In fede

Firma e Timbro