

Io sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

CERTIFICATO

che il Signor _____ nato il _____

è deceduto il giorno _____ alle ore _____

in seguito a

causa iniziale _____

causa intermedia _____

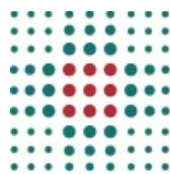
causa terminale _____

e per quanto è a mia conoscenza è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

La persona è / non è portatrice di stimolatore cardiaco o di apparecchiature similari.

_____ il _____

Il Medico Curante



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Dipartimento della Sicurezza – U.O.C. di Medicina Legale

Ai sensi dell'Art. 79 D.P.R. 10.09.90 n. 285 ed alla L.R. 19/2004, si prende atto di quanto certificato dal Dott. _____ in data _____, medico curante di _____

Il medico necroscopo

Data _____

Dott. _____