

## DENUNCIA DI MORTE

Oggi \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_

Alle ore \_\_\_\_\_ il sottoscritto medico curante dichiara, ai sensi dell'art. 1 del

D.P.R. 21 ottobre 1975 n° 803, che il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

È morto in questa via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ il nominato:

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Tremestieri Etneo, via \_\_\_\_\_

Di stato civile \_\_\_\_\_

### **Morte naturale.**

Malattia iniziale da cui ha avuto origine il processo patologico che ha portato alla  
causa del decesso \_\_\_\_\_

Malattie intermedie che sono eventualmente insorte nel decorso del  
processo morboso \_\_\_\_\_

Malattia terminale che ha direttamente causato il decesso \_\_\_\_\_

Altri stati morbosi importanti preesistenti che hanno contribuito al decesso, ma in rapporto diretto  
con la malattia che ha provocato la morte \_\_\_\_\_

### **Morte violenta.**

Accidente (si-no) \_\_\_\_\_; infortunio sul lavoro (si-no) \_\_\_\_\_; suicidio (si-no) \_\_\_\_\_;  
omicidio (si-no) \_\_\_\_\_; mezzo con il quale fu causata la morte \_\_\_\_\_

descrizione delle lesioni \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_