

COMUNE DI TREMESTIERI ETNEO

PROVINCIA DI CATANIA

UFFICIO DELLO STATO CIVILE

Prot. N. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

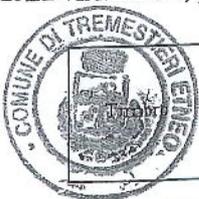
Al Coordinatore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale di  
\_\_\_\_\_

OGGETTO: Richiesta di visita necroscopica.

Si comunica che è stata dichiarata la morte di \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ di stato civile \_\_\_\_\_  
come avvenuta in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in questo Comune in  
Via \_\_\_\_\_

Si chiede pertanto, di voler disporre la visita necroscopica ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, redigendo l'apposito certificato della visita fatta, previsto dall'art. 74, c. 2, del D.P.R. n. 396/2000.

Distinti saluti.



L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

Firma omessa ai sensi dell'art.3, comma 2, D.Lgs. 39/93

## CERTIFICATO DI VISITA NECROSCOPICA

Il sottoscritto sanitario dichiara di aver proceduto, alle ore \_\_\_\_\_ di oggi <sup>(1)</sup> alla visita del cadavere della persona sopra indicata e, secondo scienza e conoscenza, di aver accertato il suo decesso.

Non rilevando  rilevando l'esistenza di indizi di morte dipendente da reato o di morte violenta.

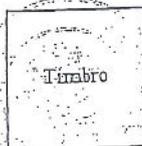
La morte  è  non è in relazione a malattia infettiva diffusiva <sup>(2)</sup>.

Il cadavere  è  non è portatore di radioattività <sup>(3)</sup>.

Prescrizioni o proposte: \_\_\_\_\_

Il seppellimento potrà avere luogo trascorse <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ ore dal decesso:

Data \_\_\_\_\_



IL MEDICO NECROSCOPO

VEDERE NOTE A TERGO