

lo sottoscritto/a		dichiaro che ir
Via	cognome e nome del medico n località/Comune di	ho constatato
	Sig./racognome e nome del defunto	
nato/a a	il	/ / residente a
	avvenuto in data / / alle o	ore:
	del decesso constatata personalmente	
ora	del decesso riferitami dal familiare	
Il decesso è avvenuto	p per :	
=	osimile causa naturale	
∐ ver	osimile causa violenta	
La salma:	portatrice di pace-maker	
☐ NO	N E' portatrice di pace-maker	
In relazione al sudde	tto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.:	
	presentato referto all'Autorità Giudiziaria	
	N HO presentato referto all'Autorità Giudiziaria	
Ai fini del trasporto de	ella salma:	
	a visita effettuata NON ravviso ipotesi di reato e che l'eventuale tra	sporto della salma può svolgersi
		ioh or re memer commer have a residence
senza pregiudizio	o per la salute pubblica, ai sensi dell'art. 10, c. 2, L.R. 19/04.	appendix and a second part of the second part of th
senza pregiudizi	o per la salute pubblica, ai sensi dell'art. 10, c. 2, L.R. 19/04.	
senza pregiudizio		
		Timbro e firma del medico
Data////////	IONALE	
Data//	SIONALE Bi Reggio Emilia	Timbro e firma del medico
Data////////	IONALE	Timbro e firma del medico
Data//_//_	SIONALE Bi Reggio Emilia	Timbro e firma del medico
Data//////////////// SERVIZIO SANITARIO REG /	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra
Data//////////////// SERVIZIO SANITARIO REG /	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra
Data// SERVIZIO SANITARIO REG EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale d Ai sensi dell'art 79, d il//	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d residente a	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra
Data/////////	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d residente a	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra
Data/////////	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d residente a	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra
Data/////////	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d residente a residente a ortatrice di pace-maker I E' portatrice di pace-maker	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra
Data/////////	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra ato/a a deceduto/a il//
Data///////	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d residente a residente a ortatrice di pace-maker I E' portatrice di pace-maker	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra ato/a a deceduto/a il///
Data///////	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d residente a residente a ortatrice di pace-maker I E' portatrice di pace-maker Timbro e firma leggibile del me	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra ato/a a deceduto/a il / /
Data///////	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra ato/a a deceduto/a il//
Data///////	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d residente a residente a ortatrice di pace-maker I E' portatrice di pace-maker Timbro e firma leggibile del me	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra ato/a a deceduto/a il / /
Data/////////	CERTIFICATO MEDICO PER CREMA comma 4 D.P.R. 285/90, certifico che NON si ravvisano ipotesi d residente a residente a residente di pace-maker I E' portatrice di pace-maker Timbro e firma leggibile del me	Timbro e firma del medico AZIONE li reato in relazione al decesso del/della Sig./ra ato/a a deceduto/a il//

COMUNE DI		

Atto di morte n. Parte Serie Anno Visto per l'inserzione del presente documento nel volume degli allegati al Registro degli Atti di morte. L'			UFFICIO DE	LLO STATO CIVIL	E		
El da atto che per la sepottura è stato richiesto il Nulla Osta alla Procura della Repubblica presso il Tribunale e che la stessa lo ha rilasciato COMUNE DI	Atto di morte n.	Parte	Serie	Anno			
COMUNE DI	·	resente documento r	nel volume degli all	egati al Registro degl	li Atti di morte.		
COMUNE DI Provincia di REGGIO EMILIA Al medico necroscopo Per gli adempimenti spettanti alla S.V. ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento di Polizia Mortuaria Le porto a conoscenza o ricevuto denuncia che il giorno / / alle ore presso' posta il			L'Ufficial	e di Stato civile			
COMUNE DI Provincia di REGGIO EMILIA Al medico necroscopo Per gli adempimenti spettanti alla S.V. ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento di Polizia Mortuaria Le porto a conoscenza o ricevuto denuncia che il giorno / / avvenuto il decesso di presso' posta il	Si dà atto che per la sepoltur	ra è stato richiesto il N	ulla Osta alla Procur	a della Repubblica pres	sso il Tribunale e	che la stessa lo ha rila	sciato in
Provincia di REGGIO EMILIA Al medico necroscopo Per gli adempimenti spettanti alla S.V. ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento di Polizia Mortuaria Le porto a conoscenza o ricevuto denuncia che il giorno							
Al medico necroscopo Per gli adempimenti spettanti alla S.V. ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento di Polizia Mortuaria Le porto a conoscenza ricevuto denuncia che il giorno / / alle ore presso alle ore presso di stato civile in e avvenuto il decesso di in di stato civile in e avvenuto il decesso di in di stato civile in di stato civile in in di stato civile in		COMUNE D		DECCIO EMILIA			
ricevuto denuncia che il giorno	Per ali ademnimenti sne	ettanti alla S.V. ai se			Al medi		enza di a
L'Ufficiale di Stato civile L'Ufficiale di Stato civile SERVIZIO SANTARIO REGIONALE SERVIZIO SANTARIO REGIONALE (art. 4, comma 4, D.P.R. n. 285/90; art. 74, comma 2, D.P.R. n. 396/2000; art. 8, comma 2, L.R. n. 19/2004) Il giorno / / alle ore in via	ricevuto denuncia che	e il giorno	/ /	alle ore	presso ¹	po	sta in
SERVIZO SANTRADO REGONALE SERVIZO SANTRADO REGONALE EDILLA RODAGINA Anterés treats Santrada Lucate d'Regge Emits Al Sindaco del Comune di			resident	e in		_ di stato civile	riat
SERVIZO SANTRADO REGONALE SERVIZO SANTRADO REGONALE EDILLA RODAGINA Anterés treats Santrada Lucate d'Regge Emits Al Sindaco del Comune di	Lì / /						
Al Sindaco del Comune di		_		L'Ufficiale di St	tato civile	_	
Al Sindaco del Comune di	••••• SERVIZIO SANITARIO REGIONALE						
(art. 4, comma 4, D.P.R. n. 285/90; art. 74, comma 2, D.P.R. n. 396/2000; art. 8, comma 2, L.R. n. 19/2004) Il giorno / / alle ore in via Comune di ho accertato la realtà della del/la Sig./ra il / / deceduto/a il / / alle ore Il seppellimento può avvenire: dopo 24 ore di osservazione dopo 48 ore di osservazione, per il seguente motivo: prima di 24 ore di osservazione, per il seguente motivo: prima di 24 ore di osservazione. Ora e Min Fine registrazione: Ora e Min latro motivo:	EMILIA-ROMAGNA	nilia		Al Sindaco del C	omune di		
del/la Sig./ra	II giorno / /	(art. 4, comma 4, D.P.R. i	n. 285/90; art. 74, comm	a 2, D.P.R. n. 396/2000; art	t. 8, comma 2, L.R. r	·	
Il seppellimento può avvenire: dopo 24 ore di osservazione dopo 48 ore di osservazione, per il seguente motivo: prima di 24 ore di osservazione, per il seguente motivo: accertamento della morte eseguito mediante elettrocardiotanatografia continua per 20': Inizio registrazione: Ora e Min Fine registrazione: Ora e Min altro motivo: In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.: HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria	Comune di				ho	accertato la realtà	della m
Il seppellimento può avvenire: dopo 24 ore di osservazione dopo 48 ore di osservazione, per il seguente motivo: prima di 24 ore di osservazione, per il seguente motivo: accertamento della morte eseguito mediante elettrocardiotanatografia continua per 20': Inizio registrazione: Ora e Min Fine registrazione: Ora e Min altro motivo: In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.: HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria	del/la Sig./ra						_ nato/a
dopo 24 ore di osservazione dopo 48 ore di osservazione, per il seguente motivo: prima di 24 ore di osservazione, per il seguente motivo: accertamento della morte eseguito mediante elettrocardiotanatografia continua per 20': Inizio registrazione: Ora e Min Fine registrazione: Ora e Min altro motivo: In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.: HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria			il//	deceduto/a il	I//_	alle ore	
dopo 48 ore di osservazione, per il seguente motivo: prima di 24 ore di osservazione, per il seguente motivo: accertamento della morte eseguito mediante elettrocardiotanatografia continua per 20': Inizio registrazione: Ora e Min Fine registrazione: Ora e Min altro motivo: In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.: HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria	II seppellimento può avv	enire:					
dopo 48 ore di osservazione, per il seguente motivo: prima di 24 ore di osservazione, per il seguente motivo: accertamento della morte eseguito mediante elettrocardiotanatografia continua per 20': Inizio registrazione: Ora e Min Fine registrazione: Ora e Min altro motivo: In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.: HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria	dopo 24 ore di	osservazione					
accertamento della morte eseguito mediante elettrocardiotanatografia continua per 20': Inizio registrazione: Ora e Min Fine registrazione: Ora e Min altro motivo: In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.: HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria	<u> </u>		seguente motivo: _				
Inizio registrazione: Ora e Min Fine registrazione: Ora e Min altro motivo: In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.: HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria	prima di 24 ore	di osservazione, per	r il seguente motivo):			
□ altro motivo: □ In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.: □ HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria □ NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria	☐ acce	ertamento della mort	e eseguito mediant	e elettrocardiotanato	grafia continua p	per 20':	
In relazione al suddetto decesso, ai sensi dell'art. 334 c.p.p.: HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria	 Inizi	o registrazione:Ora	e Min	Fine registra	azione: Ora	e Min	
 ☐ HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria ☐ NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria 	altro	motivo:					
NON HO presentato denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria	In relazione al suddetto	decesso, ai sensi de	ll'art. 334 c.p.p.:				
	☐ HO presentato	denuncia di reato all	'Autorità Giudiziaria	a			
Note:	□ NON HO prese	ntato denuncia di rea	ato all'Autorità Giud	liziaria			
Note:							
INUIG.	Note:						

Timbro e firma del medico necroscopo