

REGIONE UMBRIA

DICHIARAZIONE E CERTIFICATO DI ACCERTAMENTO DI MORTE

Il sottoscritto ..... in qualità di medico di  
..... in data ..... presso  
l'abitazione/ospedale/località..... sito/a in .....  
..... via..... ha constatato la morte  
di ..... nato a..... il  
..... residente in..... Via.....

DECEDUTO IL ..... ALLE ORE..... la morte è avvenuta in  
conseguenza di.....  
.....  
.....

Il cadavere è portatore di pace maker impiantato nell'anno.....

E' stata redatta scheda ISTAT                      Si                       No   
E' stata redatta denuncia alla A.G.              Si                       No

Il medico  
.....  
(timbro e firma)