

**ALLEGATO 1
Alla Direzione Medica**

Modulo reperimento congiunti per paziente deceduto

Unità Operativa _____

Nome e Cognome del deceduto _____

Deceduto/a in Data _____ Orario _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ n. _____

Domiciliato/a a Via _____ n. _____

Telefono _____

Si dichiara che i congiunti del/la paziente deceduto/a non sono rintracciabili

Infermiere U.O.

.....il...../...../.....