

**ALLEGATO 13 – AVVISO DI MORTE**

**DIREZIONE MEDICA DEA II S. M. GORETTI – LATINA**

**DIREZIONE MEDICA DEA I DONO SVIZZERO – FORMIA**

**UOSD DIREZIONE MEDICA TERRACINA - FONDI**

**All'Ufficio dello Stato Civile del  
Comune di \_\_\_\_\_**

A norma delle vigenti disposizioni di legge, il sottoscritto dà avviso all'Ufficiale dello stato civile del Comune di \_\_\_\_\_ che nell'Ospedale \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e minuti \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ dell'anno 20\_\_ è nat\_\_ mort\_\_

Nome del neonato \_\_\_\_\_

**Cognome e nome della madre** \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ residenza (indicare il Comune) \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ (indicare se coniugata, vedova o divorziata)

**Cognome e nome del padre** \_\_\_\_\_ (solo se coniugati)

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ residenza (indicare il Comune) \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ (indicare se coniugato, vedovo o divorziato)

**Causa di morte** \_\_\_\_\_

**Causa terminale** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto medico addetto all'Ospedale, attesta d'aver accertato la realtà della morte.

In caso di morte violenta il rilascio del permesso di seppellimento è subordinato al nulla osta del Procuratore della Repubblica.

Il Medico \_\_\_\_\_ Medico di Direzione Sanitaria \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_