

**DICHIARAZIONE DI MORTE**  
(da compilarsi a cura del medico che assiste il paziente)

Io sottoscritto Dr. ....

**DICHIARO**

che alle ore ..... e minuti ..... del giorno ..... del mese di ..... dell'anno.....

in ..... via ..... n° .....

è morto .....

figlio di ..... e di .....

che era nato in ..... il .....

residente in ..... di professione .....

di stato civile .....

Dichiaro, inoltre, che secondo scienza e conoscenza, la morte è stata causata da .....

Alla persona suindicata ..... sono stati somministrati nuclidi radioattivi in data .....

..... (quantità ..... nuclidi .....

Latina, ..... Firma e Timbro del Medico .....

Comune di ..... PROVINCIA DI LATINA

**Ufficio Sanitario**

**CERTIFICATO NECROSCOPICO**

(Artt. 4-6-7-8-9 D.P.R. 21.10.1975 n.803 e art. 141 R.D. 9.7.1939, n.1238)

Io sottoscritto Dr. .... nella mia qualità di medico necroscopo

**CERTIFICO**

- Di aver accertato la morte della persona di cui alla suesesa dichiarazione;
- Che non risultano segni o indizi che la morte sia dovuta a reato né vi è ragione di sospettarla per altre circostanze;
- Che NULLA OSTA al seppellimento trascorse ore ..... dal momento del decesso.

Latina, ..... IL MEDICO NECROSCOPO .....

**Ufficio dello Stato Civile**

Allegato al registro degli atti di morte anno ..... N. .... P. .... S. ....

L'UFFICIO DELLO STATO CIVILE.....