

.....

AVVISO DI MORTE

In data alle ore e minuti nella abitazione di
 Via n. o Istituto di cura o casa di riposo
 è morto di anni compiuti e di stato civile
 professione residente in
 di cittadinanza nat. a il
 (Atto n. P S anno) da (padre) e da (madre)
 (Se coniugato: con il)

Dichiaro che la causa della morte del soprannominato, secondo mia scienza e coscienza fu:

DA CAUSA NATURALE

<p>1 - CAUSA INIZIALE: Malattia che, ha condotto alla causa terminale da indicarsi al n. 3</p> <p>2 - CAUSA INTERMEDIA O COMPLICAZIONE della malattia indicata al n. 1</p> <p>3 - CAUSA TERMINALE: Malattia o stato morboso che ha direttamente provocato il decesso</p> <p>4 - ALTRI STATI MORBOSI rilevanti che hanno contribuito al decesso</p>	<p>Intervallo tra l'inizio della malattia e la morte</p> <p>anni mesi giorni</p> <p>anni mesi giorni</p> <p>anni mesi giorni</p> <p>anni mesi giorni</p>
--	---

DA CAUSA VIOLENTA

- Causa violenta: Accid. Infort. sul lavoro Suicidio Omicidio

- DESCRIZIONE DELLA LESIONE

- MALATTIE O COMPLICAZIONI eventualmente sopravvenute a seguito della lesione

- STATI MORBOSI PREESISTENTI che hanno contribuito eventualmente al decesso

- MEZZO O MODO COL QUALE LA LESIONE È STATA DETERMINATA - Indicare con esattezza (caduta da una scala a pioli, avvelenamento da gas, pedone investito da automobile, autista di autovettura ribaltatasi, impiccagione, fucilata ecc.)

Data e luogo dell'accidente, suicidio, omicidio ora giorno mese anno

Via Pubblica Altri luoghi (specificarne)

FIRMA LEGGIBILE DEL MEDICO

Data curante necroscopo

Il sottoscritto Dr. Medico necroscopo delegato, certifica che alle ore
 del ha provveduto alla visita della salma della suindicata persona constatando che la morte è avvenuta per
 causa naturale violenta. La chiusura del feretro dovrà effettuarsi appena trascorse ore dal decesso. (*)

..... li

IL MEDICO NECROSCOPO