

Certificato a. 2

Logo ASL
AZIENDA SANITARIA LOCALE



REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
U. O. T. _____

Presidio Ospedaliero di _____

CERTIFICATO NECROSCOPICO
ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 285/1990

Il sottoscritto dr _____, in qualità di medico necroscopo della ASL _____, certifica di aver personalmente accertato la realtà della morte di _____, nato a _____ il _____, cittadinanza _____ residente in vita in _____ alla via _____ n. _____, identificato mediante _____.

L'accertamento della realtà della morte è stato effettuato in data _____ alle ore _____, presso _____, mediante: _____

- rilievo diretto fenomeni abiotici
- accertamento E.C.G. protratto per non meno di 20'
- accertamento morte cerebrale ex D.M. 11.4.2008
- evidenza di decapitazione o maciullamento

Il decesso, sulla scorta delle notizie assunte/desunte¹⁾ da _____, si è verificato in data _____ alle ore _____, presso _____.

- Non sussistono
- Sussistono le previsioni di cui all'art. 10 DPR 285/1990 (decesso per malattia infettiva-diffusiva / segni di iniziale putrefazione / altre ragioni di natura igienico-sanitaria¹⁾) e si dispongono le seguenti prescrizioni:

La chiusura in cassa potrà essere effettuata non prima di _____ ore dal decesso.

Il seppellimento avverrà previo rilascio dell'autorizzazione da parte:

- dell'Ufficiale di Stato Civile (art. 6 del DPR 285/1990)
- dell'Autorità Giudiziaria (art. 5 del DPR 285/1990)

Si segnalano i seguenti dati circa la somministrazione in vita di nuclidi radioattivi _____ e si prescrivono le seguenti disposizioni (art. 15 DPR 285/1990) _____

Rilasciato a _____ il _____

IL MEDICO NECROSCOPO ²⁾

¹⁾ Barrare la voce che non interessa
²⁾ Timbro e firma leggibile del medico