



Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica

U.O.T. _____

CERTIFICATO NECROSCOPICO

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

Il sottoscritto dott. _____ in qualità di medico necroscopico della A.S.L. Lecce, 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 abiotici¹
- accertamento E.C.G. protratto per non meno di 20'
- accertamento morte cerebrale ex D.M. 11/04/2008
- evidenza di decapitazione o maciullamento

Il decesso, sulla scorta delle notizie assunte/desunte² da _____, si è verificato in data _____ alle ore _____, presso _____.

- Non sussistono le previsioni di cui all'art. 10 D.P.R. 285/1990 decesso per malattia infettiva-diffusiva;
- Sussistono le previsioni di cui all'art. 10 D.P.R. 285/1990 decesso per malattia infettiva-diffusiva /segni iniziali di putrefazione/altre ragioni di natura igienico sanitaria² (specificare _____)

_____ e di 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 D.P.R. 285/1990)
- dell'Autorità Giudiziaria (art. 5 del D.P.R. 285/1990)

SI segnalano i seguenti dati circa la somministrazione in vita di nuclidi radioattivi _____ e si prescrivono le seguenti disposizioni (art. 15 D.P.R. 285/1990):

Rilasciato a _____ il _____

IL MEDICO NECROSCOPO

¹ Barrare la voce che interessa

² Depennare le voci che non interessano