U.L.S.S. di .............................................................................................................................................................. Regione VENETO

(intestazione)

Prot. n. .....................................................

*All’Ufficiale dello Stato Civile del Comune di*

....................................................................................................................................

**CERTIFICATO NECROSCOPICO**

**(accertamento della morte)**

Il/la sottoscritto/a medico Dott. ................................................................................................................................................................................ incaricato a svolgere funzioni di necroscopia con atto del .........................…………............................................................................................................ In data ...................................................................................................................... N............................................................................... , ai sensi [dell’art. 74 del Regolamento Stato Civile D.P.R. 396/2000](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:2000;396~art74) e [dell’art. 4 del Regolamento Polizia Mortuaria D.P.R. 285/1990](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art4), certifica che alle ore ...................................... del giorno ......................................................................................... In ............................................................................. Via .......................................................................................................................................................................................................................…………………........... n. ..........................

# HA ACCERTATO LA REALTÀ DELLA MORTE

Di .....................................................................................................................................................................................………………………….……….................................................................

Nato a .................................................................................................................................................... il ............................................................................. …………....................................

Residente a .................................................................................................................................................... cittadino ..............................................................................................

Deceduto in data ........................................................................................... Identificato mediante .........................................................................................................

Il cadavere può essere chiuso in cassa:

* trascorse 24 ore dal decesso ([art. 8 D.P.R. 285/90](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art8))
* trascorse 48 ore dal decesso ([ART. 9 D.P.R. 285/90](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art9))
* prima di 24 ore per il seguente motivo:
* decapitazione, maciullamento, ECG isoelettrico per 20 minuti ([art. 8 D.P.R. 285/90](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art8))
* iniziata putrefazione o morte dovuta a malattia infettiva-diffusiva ([art. 10 D.P.R. 285/90](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art10))
* Si potrà procedere alla sepoltura solo previo nulla osta dell’autorità giudiziaria.
* Si dichiara che NON esiste sospetto che la morte sia dovuta a reato.
* Si dichiara che nulla-osta al trasporto del cadavere, ai sensi [dell’art. 17, comma 2, della L.R. n. 41/2012](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:2012;41~art17).
* Si dispone l’adozione delle seguenti misure precauzionali igieniche: .........................................................................................................
* .....................................................................................................................................................................................………………………….………...............................................................

Data ................................................................................................

*IL MEDICO NECROSCOPO*

......................................................................................................................

**La visita del Medico Necroscopo deve essere effettuata non prima di 8 ore dal decesso e non dopo 36 ore (art. 7, c. 2, L.R. N. 18/2010) salvo i casi particolari previsti** [**dal D.P.R. 285/1990 (artt. 8**](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art8)**,** [**9**](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art9) **e** [**10**](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art10)**)**