REGIONE PIEMONTE

**Allegato II**

**CERTIFICATO NECROSCOPICO**

Il sottoscritto /a\* ………………………………………………., in qualità di (indicare la qualifica)\*

………………………………………………………dichiara di essersi recato in data\*…………………

alle ore…………………….in\*……………………………………. . ………………………………….

per certificare il decesso/la morte del Sig./Sig.ra\*………………………………………………………..

nat\*…. il …………………….. a ………………………………………………………………………...

abitante in………………………………………………………………………………………………….

il decesso è avvenuto il ………………..alle ore…………..

il cadavere è stato rinvenuto il …………...alle ore………..

il decesso è stato constatato il ……………alle ore………..

in………………………………………………………………………………………………

(compilare solo in caso il luogo sia diverso da quello in cui si effettua la visita necroscopica)

Indizi di morte dipendenti da reato o morte violenta SI NO

ANNOTAZIONI:………………………………………………………..

Cadavere portatore di pacemaker SI NO

La chiusura in cassa può avvenire: immediatamente trascorse le 24 ore trascorse le 48 ore

Eventuali osservazioni: (es. cause di morte) …………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

modalità di accertamento della morte:

Rilievo di segni certi di morte, comprese le situazioni previste dagli [artt. 8](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art8) e [10 d](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art10)el D.P.R.

285/90.

Registrazione continua di E.C.G. non inferiore a 20 minuti ([DPR 285/90](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285), D.M. 11/04/2008).

Accertamento della morte celebrale ai sensi degli artt. 3 e 4 decreto Ministeriale della Salute

11/4/2008

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL MEDICO

**PARERE IN CASO DI CREMAZIONE**

(Delibera Giunta Regionale 24 febbraio 2003 n. 25-8503)

Si esprime parere favorevole contrario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ S.C. Medicina legale

Il Direttore o suo delegato

\* **indica i campi obbligatori**