

Al Signor SINDACO del Comune di.....

Il sottoscritto, dopo aver con tutti i mezzi voluti dalla scienza rilevato che il/la Sig./ra

È deceduto/a il _____ alle ore _____

A causa di _____

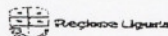
in via _____ n° _____

DICHIARA

1. CHE LA MORTE NON E' CONSEGUENTE A REATO*
2. CHE L'AUTOPSIA DEL CADAVERE NON HA INTERESSE SCIENTIFICO
3. CHE IL CADAVERE NON E' PORTATORE DI PACE-MAKER

Genova _____

IL MEDICO CURANTE



AZIENDA SANITARIA GENOVESSE



www.ast3.liguria.it

**U.O. MEDICINA LEGALE
DIRETTORE: Dr. Andrea LOMI**

Ai sensi dell'art. 79, comma 4, del DPR 10/09/1990 n° 285 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria", a seguito di Delega del Direttore Sanitario della ASL 3 "Genovese", autentico la firma apposta in mia presenza dal Medico Certificatore, da me identificato con il seguente documento:

_____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

Genova, _____

Il Medico dell'U.O. Medicina Legale