

SC Medicina Legale

Direttore Dr. Massimiliano Meli

Telefono 0171/450476

e-mail: medicina.legale@aslcn1.it

Responsabile del procedimento: Dr. _____

Sede legale ASL CN1

Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)

P.IVA 01128930045

T. 0171.450111

protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

CERTIFICATO NECROSCOPICO

Il sottoscritto/a Dott. _____, in qualità di medico necroscopo dell'ASL CN1, certifica di aver accertato in data _____, presso il Comune/Camera Mortuaria di _____

in Via/Corso/P.zza _____ n. _____

il decesso di _____

nato a _____, il ____/____/____

☐ 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 se il luogo del decesso è diverso da quello della visita necroscopica)

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

ANNOTAZIONI: _____

La chiusura in cassa può avvenire:

☐ immediatamente

☐ trascorse le 24 ore dal decesso

☐ trascorse le 48 ore dal decesso

Eventuali osservazioni: _____

Modalità di accertamento della morte:

☐ Rilievo di segni certi di morte, comprese le situazioni previste dagli artt. 8 e 10 del D.P.R. 285/90.

☐ Registrazione continua di E.C.G. non inferiore a 20 minuti (DPR 285/90, D.M. 11/04/2008).

☐ Accertamento della morte cerebrale ai sensi degli artt. 3 e 4 D.M.11/4/2008.

_____, li _____

IL MEDICO (Timbro e firma) _____

Parere in caso di Cremazione

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

Si esprime parere ☐ favorevole ☐ contrario

☐ trattandosi di morte improvvisa si richiamano le disposizioni contenute nell'art. 79 del Regolamento di Polizia Mortuaria

_____, li _____

S.C. Medicina Legale
Il Direttore o suo delegato
(Timbro e firma)