

## RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO

AL DIRETTORE  
S.C. MEDICINA LEGALE  
A.S.L. CN1

Il sottoscritto Dr.....  
Medico di Base del Distretto di .....  
Comune di.....  
con la presente richiede il riscontro diagnostico sulla salma appartenuta in vita al suo assistito:

### Generalità del defunto

Cognome e nome .....  
luogo e data di nascita .....  
deceduto il ..... alle ore ...  
presso .....  
Comune, via e numero civico .....  
già trasportato, previa autorizzazione comunale, presso .....

### Notizie cliniche

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

### Il riscontro diagnostico è richiesto in quanto sussiste il dubbio sulle cause di morte

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Medico richiedente

(timbro e firma)