

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)