(D.G.R. Umbria n. 2274/2006)

**REGIONE UMBRIA**

**CERTIFICATO NECROSCOPICO**

([D.P.R. n. 285/90](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285))

Il sottoscritto, (nome e cognome), medico necroscopo, dichiara di aver eseguito l’ispezione del cadavere

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nato/a a ……………………………………………….. il …………………………………………………………………………………………..

residente in …………………………………………………………………………………………………………………………………………...

L’indicazione della salma è stata possibile mediante:

* Documento …………………………,, n. ………………… rilasciato da…………………………………………………….
* Testimonianza di:

1. …………………………………….Documento……………rilasciato da……………………………………………………..

il …………..... firma ………………………………………………………………………………………………………………….

1. …………………………………..Documento..……….. rilasciato da ………………………………………………………

Il …………….. firma ………………………………………………………………………………………………………………….

* Conoscenza personale

Il cadavere presenta i caratteri di una morte reale avvenuta il …../……/…… alle ore ………………………………

Presso ………………………………………………………. In via …………………………………….. Città ………………………………..

(domicilio, casa di cura, altro luogo)

accertata tramite:

* + - segni abiotici consecutivi (ipostasi, rigidità, putrefazione, ecc.)
    - altro …………………………………………………………………………………………………

Considerato che:

* non ricorrono le ipotesi seguenti, non si dettano disposizioni.
* Ricorre la seguente situazione (segnare l’ipotesi che ricorre):
* Sussistono elementi che rendono necessario il nulla-osta dell’Autorità Giudiziaria
* la morte è dovuta a malattia infettiva e diffusiva ([comma 1 art. 11 DPR 285/90)](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art11)
* altro

nelle diverse operazioni dovranno essere rispettate le seguenti disposizioni …………………………….............. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

La sepoltura può avvenire dopo …………… ore dall’ora della morte.

Il presente certificato è rilasciato in …………………………………………….... il ………………………….. alle ore…………….

IL MEDICO NECROSCOPO

(timbro e firma del medico)