

DICHIARAZIONE MEDICA PER LA CREMAZIONE DI CADAVERE

Io sottoscritto dottor _____ dopo aver constatato
che il Sig./ra _____
nato a _____ il _____
è deceduto/a il _____ alle ore _____
in conseguenza di _____
causa iniziale _____
causa intermedia _____
causa finale _____

DICHIARO

escluso, secondo scienza e coscienza, ogni sospetto che la morte della persona possa essere conseguenza di un reato, che non è stata improvvisa e che su di essa non gravano sospetti di rilevanza penale.

Data

Il medico certificatore
(timbro e firma)¹

Visto, si dichiara conforme la firma del/la

Dott./ssa _____

L'incaricato/a del Dipartimento di Sanità Pubblica

¹ È indispensabile che il timbro non venga apposto sulla firma, in maniera da consentire il confronto con quella depositata e la dichiarazione di conformità da parte dell'incaricato/a del Dipartimento di Sanità Pubblica.