

# 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)<sup>1</sup>

Visto, si dichiara conforme la firma del/la

Dott./ssa \_\_\_\_\_

L'incaricato/a del Dipartimento di Sanità Pubblica

<sup>1</sup> 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.