

CERTIFICATO PER CREMAZIONE POST DENUNCIA
ROMA/FIUMICINO

Prot.n. _____ del _____

Io sottoscritto Dott. _____ Medico Necroscopo del Servizio di Medicina Legale
ASL RMD di Roma, Via Federico Paolini 34, attesto di aver visionato in data ___/___/___ la
documentazione allegata alla denuncia di morte di _____
nato a _____ il ___/___/___ la constatazione della morte è stata accertata dal
Dott. _____ in data ___/___/___ identificato
con _____ n° _____ rilasciata a _____ il ___/___/___
avvenuta il giorno _____ alle ore _____
in Roma/Fiumicino, Via /Piazza _____ n° _____

Sulla base della denuncia ISTAT a firma del Dott. _____

il decesso risulta avvenuto per:

causa iniziale: _____

causa intermedia: _____

causa terminale: _____

Attesto altresì che la morte non è dovuta a cause delittuose.Si rilascia ai sensi di quanto previsto dal vigente regolamento di Polizia Mortuaria in
ordine alle norme che disciplinano la cremazione.

Roma, _____.

Il Medico Necroscopo

MOD. 3082