



*Direzione Medica di Presidio*

*PO* \_\_\_\_\_

**Azienda Ospedaliero - Universitaria  
"Policlinico - Vittorio Emanuele"  
Catania**

*Alla DMP PO* \_\_\_\_\_

## Comunicazione di Decesso

*Giunge in Camera Mortuaria in data* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ *ore* \_\_\_\_, \_\_\_

*Proveniente dall'UO:* \_\_\_\_\_

*Presidio Ospedaliero:* \_\_\_\_\_

*La Salma del / della Sig. / Sig.ra* \_\_\_\_\_

*Deceduto / a il giorno* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ *alle ore* \_\_\_\_, \_\_\_

*Accertamento di morte con ausilio di E.C.G.* SI  NO

*A disposizione dell'A.G.* SI  NO

*Richiesta di Riscontro diagnostico* SI  NO

*Trasporto Salma fuori Comune* SI  NO

*La presente si consegna*

*il giorno* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ *alle ore* \_\_\_\_, \_\_\_

*Il Custode/Personale  
addetto di Camera mortuaria*

\_\_\_\_\_

