



UO _____

PO _____

Oggetto: riscontro diagnostico salma _____.

Alla Direzione Medica di Presidio

P.O. _____

Con riferimento al decesso del / la Sig. / Sig.ra _____

nato/a a _____ il ___ / ___ / ___

avvenuto presso l'UO di _____ del PO _____

alle ore _____ del giorno _____, mese _____, anno _____

il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

in qualità di Direttore / Dirigente Medico dell'UO di _____ del PO _____

reperibile al telefono n. _____ o cellulare _____

formula, ai sensi dell'art. 37 del DPR 285/90 e s.m.i., richiesta di riscontro diagnostico sulla salma di cui all'oggetto.

A tal fine si precisa che:

Il quesito diagnostico è il seguente

Non ci sono implicazioni medico-legali

Ci sono le seguenti implicazioni medico-legali:

Intervento dell'Autorità giudiziaria

Morte da causa violenta

Sono stati informati i familiari in merito alla decisione di procedere al riscontro diagnostico.

Si allega alla presente la scheda di morte ISTAT, debitamente firmata dal Medico che ha constatato il decesso Dr/Dr.ssa _____ e compilata, in particolare, alla voce "2. Riscontro diagnostico SI".

Il Direttore/Dirigente Medico dell'UO

