



Direzione Medica di Presidio

PO _____

Azienda Ospedaliero - Universitaria
Policlinico "G.Rodolico-S:Marco"
Catania

ATTESTAZIONE PER IL RILASCIO DELLA SALMA
IN CASO DI RICHIESTA DI **CREMAZIONE** (art. 79, DPR 285/90)

N. _____ / _____

Si certifica che il decesso del/della Sig./Sig. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

è avvenuto alle ore _____ del _____ per:

Resta escluso nel caso in specie il sospetto di morte dovuto a reato.

Quanto sopra ai sensi e per gli adempimenti di cui all'art. 79 del Regolamento di Polizia Mortuaria, DPR 285/1990.

Catania, _____

IL MEDICO ADDETTO AL SERVIZIO

Dirigente Medico
P.O. _____
Dr. _____

