



## REGIONE PUGLIA

Dipartimento di Prevenzione  
Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
U. O. T. \_\_\_\_\_

Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

**CERTIFICATO NECROSCOPICO**  
ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 285/1990

Il sottoscritto dr \_\_\_\_\_, in qualità di medico necroscopo della ASL \_\_\_\_\_, certifica di aver personalmente accertato la realtà della morte di \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, cittadinanza \_\_\_\_\_ residente in vita in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, identificato mediante \_\_\_\_\_.

L'accertamento della realtà della morte è stato effettuato in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_, mediante: \_\_\_\_\_

- rilievo diretto fenomeni abiotici
- accertamento E.C.G. protratto per non meno di 20'
- accertamento morte cerebrale ex D.M. 11.4.2008
- evidenza di decapitazione o maciullamento

Il decesso, sulla scorta delle notizie assunte/desunte<sup>1)</sup> da \_\_\_\_\_, si è verificato in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_.

- Non sussistono
- Sussistono le previsioni di cui all'art. 10 DPR 285/1990 (decesso per malattia infettiva-diffusiva / segni di iniziale putrefazione / altre ragioni di natura igienico-sanitaria<sup>1)</sup>) e si dispongono le seguenti prescrizioni:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La chiusura in cassa potrà essere effettuata non prima di \_\_\_\_\_ ore dal decesso.

Il seppellimento avverrà previo rilascio dell'autorizzazione da parte:

- dell'Ufficiale di Stato Civile (art. 6 del DPR 285/1990)
- dell'Autorità Giudiziaria (art. 5 del DPR 285/1990)

Si segnalano i seguenti dati circa la somministrazione in vita di nuclidi radioattivi \_\_\_\_\_ e si prescrivono le seguenti disposizioni (art. 15 DPR 285/1990) \_\_\_\_\_

Rilasciato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

IL MEDICO NECROSCOPO <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Barrare la voce che non interessa

<sup>2)</sup> Timbro e firma leggibile del medico