**D**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

certifica di aver accertato la morte di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ deceduto alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con controllo elettrocardiografico, protratto per oltre 20 minuti, in conformità agli artt. 4, 8 e 9 del D.P.R. 285/90 ed ai sensi degli artt. 1 e 6 del D.M. Sanità 582/94.

Bari, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL MEDICO NECROSCOPO

(delegato dal Direttore Sanitario)

­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legenda:

A: Avviso di Morte

B: Allegato 1

C: Visita Necroscopica (15-30 ore)

D: Accertamento Necroscopico mediante ECG (art.8)

E: Diagnosi per Cremazione

F: Trasporto Salma

G: Autorizzazione della Direzione Sanitaria