

ATTO DI MORTE N. \_\_\_\_\_ p. \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

Ore \_\_\_\_\_



ALL'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE  
DEL COMUNE  
DI  
**21040 - SUMIRAGO (VA)**

## **AVVISO DICHIARAZIONE DI MORTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nella sua veste di \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 72 del D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396 (Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento di stato civile ) denuncio la morte della persona sotto indicata:

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Comune di nascita: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cittadinanza : \_\_\_\_\_ Professione : \_\_\_\_\_ Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Stato civile :  celibe  nubile  altro : \_\_\_\_\_

vedovo di \_\_\_\_\_

coniugato con \_\_\_\_\_

data di nascita del coniuge \_\_\_\_\_ anno di matrimonio \_\_\_\_\_

**LUOGO DI MORTE :** \_\_\_\_\_

**DATA DI MORTE :** giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

alle ore \_\_\_\_\_

**IL DENUNCIANTE**

*Firma:* \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a Medico Dr. \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 3 della Legge regionale 18 novembre 2003, n. 22 (Norme in materia di attività e servizi necroscopici, funebri e cimiteriali ), certifica che, secondo la propria scienza e coscienza , la morte della persona sopra indicata si è verosimilmente verificato seguito di:

a) Causa iniziale: \_\_\_\_\_

b) Causa intermedia : \_\_\_\_\_

c) Causa terminale: \_\_\_\_\_

d) Altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso: \_\_\_\_\_

**Il giorno** \_\_\_\_\_ **mese** \_\_\_\_\_ **anno** \_\_\_\_\_

**Alle ore** \_\_\_\_\_

**IL MEDICO**

*Firma :* \_\_\_\_\_