

PRESIDIO OSPEDALIERO SANTO SPIRITO

AVVISO DI MORTE

A norma delle vigenti disposizioni di Legge, il/la sottoscritto/a dà avviso all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di Roma che presso questo Presidio Ospedaliero

alle ore _____ e minuti _____ del giorno _____ del mese di _____
dell'anno _____

E' morto/a

1. Cognome e nome _____
2. Nome del padre _____
3. Cognome (da nubile) e nome della madre _____
4. Luogo di nascita _____
5. Data di nascita _____
6. Età in anni compiuti _____

Per i bambini:

- di età non superiore al mese: giorni compiuti _____
- di età non superiore ad un anno: mesi compiuti _____
- se deceduto lo stesso giorno di nascita: ore di vita _____
- se nati morti: indicare le settimane di gestazione _____

7. Professione _____
8. Residenza (indicare il Comune) _____
9. Via/Piazza _____ n. _____ piano _____
10. Stato civile _____

Se coniugato, vedovo o divorziato indicare: il cognome e il nome del coniuge superstite o premorto

11. Cittadinanza _____

12. Causa di morte:

GESTIONE EVENTO MORTE PRESSO I PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL ROMA 1	0 ADO PRO 12	ALLEGATO I Pag. I di I
---------------------------------------------------------------------	--------------	-------------------------------

Malattia iniziale _____

Successioni morbose o complicate _____

Causa terminale _____

13. Tanatogramma effettuato ☐ SI ☐ NO

14. La salma:

☐ è messa a disposizione dell'Autorità Giudiziaria

☐ non è messa a disposizione dell'Autorità Giudiziaria

15. Il riscontro diagnostico:

☐ è richiesto

☐ non è richiesto

Il sottoscritto medico addetto all'Ospedale attesa di aver accertato la realtà della morte e dichiara che il seppellimento potrà avere luogo dopo che siano trascorse _____ ore da quella in cui avvenne il decesso, ove trattasi di morte naturale.

In caso di morte violenta, per cui la salma è stata posta a disposizione dell'Autorità Giudiziaria, il rilascio del permesso di seppellimento è subordinato al *nulla osta* del Procuratore della Repubblica.

Roma, li _____

IL MEDICO DI REPARTO/PRONTO SOCCORSO
(timbro e firma)

IL DIRETTORE SANITARIO (O SUO DELEGATO)
(timbro e firma)

COMUNE DI ROMA
UFFICIO DI STATO CIVILE

Allegato al Registro degli atti di Morte

Rilasciato permesso di tumulazione

Atto N. _____ P. II – Ser. P _____

N. _____

L'IMPIEGATO

Visto: UFFICIALE DI STATO CIVILE