



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1

REFERTO DI VISITA NECROSCOPICA

Il sottoscritto Dr. _____

in qualità di Medico necroscopo _____

DICHIARA

di aver personalmente visitato in data	alle ore
la salma del/la Sig./ra	nato/a a
il	Residente alla Via n. a
e di avere sullo stesso riscontrato, secondo scienza e coscienza, caratteri certi di una morte reale compatibili/non compatibili con la causa indicata nella relativa scheda ISTAT, che comunque viene ravvisata in:	

DICHIARA

altresì

• Ravvisati elementi che rendono necessario il nulla osta dell'autorità giudiziaria (art.3 Reg.Polizia mort. e art.144 dell'ord. S.C.)	si	no
• Ritenersi necessario un periodo di osservazione superiore alle ore 24 (art.9 Regolamento Polizia Mortuaria)e cioè fino alle ore _____ del giorno _____	si	no
• Ritenersi la morte in relazione a malattia infettiva-diffusa (art.18, primo comma, Regolamento Polizia Mortuaria e D.M. 5 luglio 1975)	si	no
• Essere il cadavere portatore di radioattività (art.18, terzo comma, Regolamento Polizia Mortuaria)	si	no

Li _____

IL MEDICO NECROSCOPO

MODULO C- Polizia Mortuaria