



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1

Oggetto: Dichiarazione di morte

**Al Sig. Ufficiale di Stato Civile
Comune di _____**

SI DICHIARA

che il giorno	
alle ore	
è deceduto/a il/la Sig./ra	
di/fu	
di/fu	
nato/a in	
in data	
e residente in	
alla Via	
n.	
di stato civile	
di professione	

Li _____

IL Dirigente Medico