



COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA

(Provincia di Olbia - Tempio)

CERTIFICATO NECROSCOPICO

_____ * _____

Il sottoscritto medico-necroscopo _____

Dichiara

di avere nel giorno _____ visitato il cadavere ed
accertata la morte di _____

nato a _____ il _____

residente in _____

tale decesso è avvenuto alle ore _____ del giorno _____

nel piano _____ della _____

posta in Via _____

CAUSA DELLA MORTE

Il seppellimento potrà avere luogo trascorse _____ ore dal decesso

Sant'Antonio di Gallura, li _____

Il Medico Necroscopo

RILASCIATO IL PERMESSO DI SEPPELLIMENTO N° _____ DEL _____

Atto di morte n° _____ P. _____ S. _____ V. _____ del _____