

CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA CREMAZIONE DI  
CADAVERE (ART.79 COMMA 4 D.P.R.10/09/1990 n°285)

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

CERTIFICO

Che la salma di \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

È deceduto/a il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Nel comune di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Causa del decesso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si esclude il sospetto di morte dovuta a reato.

Data \_\_\_\_\_

Il Medico Curante

Il Medico Necroscopo