

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