

# CERTIFICAZIONE DI DECESSO

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ certifica che il giorno  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in località (domicilio, pubblica via, ecc.) \_\_\_\_\_  
ha constatato l'avvenuto decesso di \_\_\_\_\_  
identificato con (carta d'identità - patente ecc.) \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
trattasi / non trattasi di morte per cause naturali a giudizio del sottoscritto dovuta  
a: \_\_\_\_\_  
avvenuta presumibilmente alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_