

# CONSTATAZIONE DI MORTE

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_