

CERTIFICATO DI MORTE

(Dati identificativi del medico)

Data,

Certifico che in data odierna alle ore presso

, Via città

, è deceduto/a il Sig./sig.ra

Nato/a a il

a seguito di

- causa iniziale ;
- causa intermedia ;
- causa principale .

Si rilascia ai familiari per gli usi consentiti dalla legge in carta semplice.

In fede

FIRMA