



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 ____/____/____.

Firma e Timbro
