

**MODULO PER ACCERTAMENTO DI MORTE**  
( art. 10, comma 4)

Il sottoscritto .....  
nato il ..... a .....  
residente a .....  
in via..... n. ....  
recapito telefonico ....., in qualità di:  
Direttore Sanitario o delegato della struttura sanitaria di ricovero .....  
.....  
Direttore Sanitario o delegato della struttura socio-sanitaria .....  
.....  
Medico incaricato delle funzioni di necroscopo dall'A.S.L. ....  
con ..... n. .... del .....  
(indicare il tipo di provvedimento)

**CERTIFICA**

di aver accertato la morte del Sig./Sig.ra .....  
nat... il ..... a .....  
residente a .....  
in via .....n. ....  
che il cadavere è portatore di pace-maker;

**E DISPONE**

**L'ADOZIONE DELLE SEGUENTI MISURE PRECAUZIONALI IGIENICO-SANITARIE:**

.....  
.....  
.....

**LA RIDUZIONE DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE PER:** .....

..... li .....

Il Medico

**CERTIFICA ALTRESÌ**

che non ha sospetto che la morte sia dovuta a reato.

..... li .....

Il Medico

---

**Note per la compilazione**

1. Le precauzioni igienico sanitarie riguardano sia eventuali malattie infettive che eventuali contaminazioni ambientali e contaminazioni da materiale radioattivo.
2. Indicare se l'eventuale riduzione del periodo di osservazione viene disposta per decapitazione, maciullamento, avanzato stato di decomposizione o putrefazione o altre motivazioni specifiche ovvero se sia stata effettuata rilevazione elettrocardiografica per 20 minuti.