

Attestazione medica per la cremazione di salma

(Art79 - comma IV - D.P.R. n° 285 del 10/09/1990)

Il/La sottoscritt_ dr. _____
dopo aver constatato che _l_ sig./sig.ra _____
nat_ a _____ il _____ e decedut_ il
_____ alle ore _____ in seguito a _____

DICHIARA

Secondo scienza e coscienza che tale decesso è avvenuto per cause naturali.
Pertanto si escludono cause di morte dovute a reato né su di essa gravano sospetti.

Napoli _____

In fede
(Timbro e firma del medico)