

ATTESTAZIONE MEDICA PER LA CREMAZIONE DI SALMA
(ART.79 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 di escludono cause di morte dovute a reato né su di essa gravano sospetti.

NAPOLI _____

IN FEDE
(timbro e firma del medico)