

	Direzione Sanitaria	Mod. 0025	Pag. 1 di 1
	DICHIARAZIONE DI MORTE	Parola chiave: <i>decesso</i>	
		Rev. 00	del 14/10/2024

In data _____ alle ore _____

Presso _____

E' deceduto/a il Sig./la Sig.ra

Nato/a a _____ Il _____

Residente a _____

Data _____

Firma del medico
