

## **Notifica di morte**

### **ALL'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE**

Il Medico sottoscritto, ai sensi dell'art. 1 del D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, notifica che:

\_\_l\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ atto N. \_\_\_\_\_ P. \_\_\_\_\_ S. \_\_\_\_\_

di professione \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_

è decedut\_\_ nella casa in Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e minuti \_\_\_\_\_

in conseguenza di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Addì, \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

---

**Atto di morte N.** \_\_\_\_\_ **P.** \_\_\_\_\_ **S.** \_\_\_\_\_

L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

\_\_\_\_\_