



Al Direttore U.O.C. Medicina Legale
 Azienda AULSS 9
 Via Salvo D'Acquisto n. 7
 37122 VERONA
 Pec: prevenzione.aulss9@pecveneto.it

RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO

DATI DELLA PERSONA DECEDUTA¹

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Data del decesso ___/___/___ alle ore _____ Luogo del decesso _____

Luogo in cui è attualmente deposta la salma _____

Impresa di Onoranze Funebri incaricata _____

Circostanze del decesso _____

Notizie cliniche/anamnestiche _____

Ipotesi diagnostica/sospetto clinico per cui è richiesto il riscontro

Confermo che i familiari sono stati informati della richiesta di riscontro

Incaricato Medico Legale di Parte SI dr. _____

e-mail _____

tel. _____

NO

Luogo e data

Firma e Timbro del Medico richiedente

1 Allegare : copia di Documento di identità in corso di validità e copia della Tessera sanitaria
 copia del Certificato di Constatazione del decesso e/o Scheda di Soccorso 118
 copia del Certificato di visita necroscopica