



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

PRESIDIO OSPEDALIERO "G.F. INGRASSIA"

Direzione Medica di Presidio

Palermo lì .....

Prot. N° .....

## Certificato per uso cremazione

All'Ufficio Decessi del Comune di Palermo

Si certifica, con riferimento alle cause del decesso del Sig./Sig.ra .....  
nato/a a ..... il ..... residente in .....  
avvenuto presso l'U.O. di ..... il giorno .....  
alle ore .....; che non sono ravvisabili ipotesi di reato.

Il/la paziente non è portatore di pacemaker e/o altro dispositivo.

Si rilascia a richiesta degli aventi diritto per uso cremazione.

Firma del Medico

(All.20)