



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 li.....

Prot.n°.....

## Comunicazione Decesso

All'Ufficio di Stato Civile della città di Palermo  
Reparto Polizia Mortuaria

Cognome ..... Nome .....

di anni..... Documento di riconoscimento.....

C.F.: ..... di Professione.....

Stato Civile ..... Figli .....

Nato/a a..... il ..... Residente in.....

via ..... n° .....

Degente nel PO GF.Ingrassia U.O..... è Deceduto il giorno .....

mese ..... anno ..... ore .....

A causa di .....

**Il seppellimento potrà eseguirsi subito, ai sensi dell'art. 8 DPR 285 del Regolamento di Polizia Mortuaria (monitoraggio ecg continuativo per circa 20 minuti dopo la constatazione del decesso).**

Si richiede riscontro diagnostico si [ ] no [ ]

Il deceduto è a disposizione dell' Autorità Giudiziaria si [ ] no [ ]

Il Dirigente Medico

(All. 2)