

CONSTATAZIONE DI DECESSO

Oggi alle ore nel comune di

in via/piazza n°

il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa

constata il decesso del Sig./Sig.ra

nato/a a il

riconosciuto/a come tale tramite doc. id.:

rilasciato da il con scadenza il

avvenuto per

Soggetto COVID NEGATIVO POSITIVO NON NOTO

Tampone faringeo in data risultato

Il Medico
(firma e timbro)

RICHIESTA TRASPORTO SALMA

Nel rispetto della normativa vigente si richiede l'autorizzazione al Sig. Sindaco del comune di per il trasporto della salma presso il punto di osservazione comunale.