

## CONSTATAZIONE di DECESSO



..... li, .....

Il sottoscritto Dott. .... certifica che il giorno .....  
alle ore ..... in località (domicilio, pubblica via) .....  
ha constatato, senza ausilio di strumentazioni elettriche, l'assenza di segni o atti vitali del  
Sig./Sig.ra .....  
identificato con documento di riconoscimento (.....) nato/a il .....  
a ..... e residente a ..... via .....

In fede