



PARTE A - A CURA DEL MEDICO

MASCHIO FEMMINA **Cognome e nome della persona defunta** _____

Età compiuta _____ (IN ANNI)

1. Luogo del decesso Territorio in cui è avvenuto il decesso

Abitazione1 Comune _____

Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 Hospice.....3 Provincia _____

Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 Istituto di pena.....5 Codice ASL _____

Altro (specificare) _____ 9

2. Risccontro diagnostico E' stato richiesto? 1 SI 2 NO

Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.)

I-XIX				
XX				

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita

Nessuna gravidanza.....1 Morte in gravidanza.....2 Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza.....3 Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza.....4 Informazione sconosciuta.....5

4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante

Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza.

1 _____ che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni

2 _____ che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni

3 _____ che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni

4 _____ che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni

EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.

4. Parte II Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.

_____ anni o mesi o giorni

_____ anni o mesi o giorni

_____ anni o mesi o giorni

N.B. I QUESITI 5-9 DEVONO ESSERE COMPILATI SOLO IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO (anche con informazioni riferite)

5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento

Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 Suicidio.....2 Omicidio.....3

6.1 Infortunio sul lavoro 1 SI 2 NO

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche

7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")

7.2 Ruolo della vittima

Pedone.....1 Guidatore.....2

Passeggero.....3 Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo.....4

7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)

7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, etc.)

In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore etc.)

8. Data dell'incidente, infortunio, suicidio, omicidio

_____ Orario _____ giorno _____ mese _____ anno

9. Luogo dell'incidente, infortunio, suicidio, omicidio

Casa1

Istituzione collettiva2

Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione3

Luogo dedicato ad attività sportive4

Strade e vie5

Luogo di commercio e servizio6

Area industriale e di costruzione7

Azienda agricola8

Altri luoghi (specificare) _____ 9

PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)

MASCHIO FEMMINA **CODICE FISCALE del/la defunto/a** _____

Atto di morte

Numero _____

Parte 1 I 2 II

Serie 1 B 2 C

Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni

Ufficio di stato civile _____

Circoscrizione _____

DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA

Comune _____

Provincia _____

1. Data di morte _____ 2011

Ora _____ Minuti _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____

2. Data di nascita _____

Giorno _____ Mese _____ Anno _____

3. Località di nascita

Stesso comune di morte1

Altro Comune2

(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____

Stato Estero3

(specificare stato estero) _____

4. Età compiuta _____

Anni _____

5. Stato civile

Celibe/Nubile.....1

Coniugato/a.....2

Vedovo/a.....3

Divorziato/a o già coniugato/a(®)4

Separato/a legalmente.....5

Se coniugato o separato/a legalmente indicare:

Anno di nascita del coniuge superstite..... _____

Anno di matrimonio..... _____

(®) Per "già coniugato/a" si intende la persona che ha ottenuto lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili ai sensi della legge 1 dicembre 1970, n. 898.

6. Residenza

Stesso Comune di morte1

Altro Comune2

(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____

Stato Estero3

(specificare stato estero) _____

7. Grado di istruzione

Laurea1

Diploma universitario o laurea breve.....2

Diploma di scuola media superiore3

Licenza di scuola media inferiore4

Licenza elementare o nessun titolo5

8. Professione

9. Condizione professionale o non professionale

Occupato/a.....1

Disoccupato/a.....2

In cerca di prima occupazione.....3

Ritirato/a dal lavoro.....4

Casalino/a.....5

Studente.....6

Inabile al lavoro.....7

Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8

10. Posizione nella professione

Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2

Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e

Imprenditore/imprenditrice o libero professionista.....1

lavoratore/lavoratrice in proprio o coadiuvante.....2

Altro.....3

Per lavoratori/lavoratrici dipendenti

Dirigente o direttivo4

Impiegato/a o intermedio5

Operaio/a o assimilato.....6

Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)7

11. Ramo di attività economica

Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2

Agricoltura, caccia e pesca1

Industria2

Commercio, pubblici servizi, alberghi3

Pubblica amministrazione e servizi pubblici4

Altri servizi privati5

12. Cittadinanza

Italiana

Per nascita1

Acquisita2

Straniera3

(specificare stato estero) _____

Non conosciuta9

Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello)

MMG o PLS.....1

Necroscopo.....2

Medico ospedaliero.....3

Medico legale4

Altro medico5

Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)

Tel. _____

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile

Tel. _____ E-mail _____

(timbrare anche la copia per la ASL)

Data _____ Firma _____



PARTE A - A CURA DEL MEDICO		PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)	
MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/>		MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/>	
Età compiuta _____ (IN ANNI)		CODICE FISCALE del/la defunto/a _____	
Cognome e nome della persona defunta _____		_____	
1. Luogo del decesso Territorio in cui è avvenuto il decesso Abitazione1 <input type="checkbox"/> Comune _____ Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 <input type="checkbox"/> Hospice.....3 <input type="checkbox"/> Provincia _____ Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 <input type="checkbox"/> Istituto di pena.....5 <input type="checkbox"/> Codice ASL _____ Altro (specificare) _____ 9 <input type="checkbox"/>		2. Risccontro diagnostico E' stato richiesto? 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.) I-XIX _____ XX _____	
3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita Nessuna gravidanza.....1 <input type="checkbox"/> Morte in gravidanza.....2 <input type="checkbox"/> Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza.....3 <input type="checkbox"/> Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza.....4 <input type="checkbox"/> Informazione sconosciuta.....5 <input type="checkbox"/>		Atto di morte Numero _____ Parte 1 <input type="checkbox"/> I 2 <input type="checkbox"/> II Serie 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni Ufficio di stato civile _____ Circoscrizione _____	
4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza. 1 _____ anni o mesi o giorni che ha eventualmente causato 2 _____ anni o mesi o giorni che ha eventualmente causato 3 _____ anni o mesi o giorni che ha eventualmente causato 4 _____ anni o mesi o giorni EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.		8. Professione 9. Condizione professionale o non professionale Occupato/a.....1 <input type="checkbox"/> Disoccupato/a.....2 <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/> Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/> Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/> Studente.....6 <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/> Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8 <input type="checkbox"/>	
4. Parte II Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso. _____ anni o mesi o giorni _____ anni o mesi o giorni _____ anni o mesi o giorni		10. Posizione nella professione Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2 Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e Imprenditore/imprenditrice o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/> Altro.....3 <input type="checkbox"/> Per lavoratori/lavoratrici dipendenti Dirigente o direttivo4 <input type="checkbox"/> Impiegato/a o intermedio5 <input type="checkbox"/> Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/> Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)7 <input type="checkbox"/>	
N.B. I QUESITI 5-9 DEVONO ESSERE COMPILATI SOLO IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO (anche con informazioni riferite)			
5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.) _____			
6. Modalità del traumatismo/avvelenamento Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 <input type="checkbox"/> Suicidio.....2 <input type="checkbox"/> Omicidio.....3 <input type="checkbox"/> 6.1 Infortunio sul lavoro 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO		8. Data dell'incidente, infortunio, suicidio, omicidio _____ Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____	
7. In caso di incidente da trasporto specificare anche 7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi") _____ 7.2 Ruolo della vittima Pedone.....1 <input type="checkbox"/> Guidatore.....2 <input type="checkbox"/> Passeggero.....3 <input type="checkbox"/> Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo.....4 <input type="checkbox"/> 7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.) _____ 7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, etc.) In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore etc.) _____		9. Luogo dell'incidente, infortunio, suicidio, omicidio Casa1 <input type="checkbox"/> Istituzione collettiva2 <input type="checkbox"/> Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione3 <input type="checkbox"/> Luogo dedicato ad attività sportive4 <input type="checkbox"/> Strade e vie5 <input type="checkbox"/> Luogo di commercio e servizio6 <input type="checkbox"/> Area industriale e di costruzione7 <input type="checkbox"/> Azienda agricola8 <input type="checkbox"/> Altri luoghi (specificare) _____ 9 <input type="checkbox"/>	
Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello) Data _____ Firma _____		MMG o PLS.....1 <input type="checkbox"/> Necroscopo.....2 <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero.....3 <input type="checkbox"/> Medico legale 4 <input type="checkbox"/> Altro medico5 <input type="checkbox"/> Timbro e telefono del medico o della struttura _____ Tel. _____	
6. Residenza Stesso Comune di morte1 <input type="checkbox"/> Altro Comune2 <input type="checkbox"/> _____ (specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) Stato Estero3 <input type="checkbox"/> _____ (specificare stato estero)		11. Ramo di attività economica Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2 Agricoltura, caccia e pesca1 <input type="checkbox"/> Industria2 <input type="checkbox"/> Commercio, pubblici servizi, alberghi3 <input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione e servizi pubblici4 <input type="checkbox"/> Altri servizi privati5 <input type="checkbox"/>	
7. Grado di istruzione Laurea 1 <input type="checkbox"/> Diploma universitario o laurea breve..... 2 <input type="checkbox"/> Diploma di scuola media superiore3 <input type="checkbox"/> Licenza di scuola media inferiore4 <input type="checkbox"/> Licenza elementare o nessun titolo5 <input type="checkbox"/>		12. Cittadinanza Italiana Per nascita1 <input type="checkbox"/> Acquisita2 <input type="checkbox"/> Straniera 3 <input type="checkbox"/> _____ (specificare stato estero) Non conosciuta 9 <input type="checkbox"/>	
Timbro _____		Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile _____ Tel. _____ E-mail _____	

