



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"/>			Età compiuta <input type="text"/> espressa in 1 <input type="text"/> ore 2 <input type="text"/> giorni 3 <input type="text"/> mesi																						
Cognome e nome della persona defunta <input type="text"/>			CODICE FISCALE del/la defunto/a <input type="text"/> CODICE FISCALE del padre <input type="text"/> CODICE FISCALE della madre <input type="text"/>																						
<b>1. Luogo del decesso</b>		<b>Territorio in cui è avvenuto il decesso</b>		<b>2. Riscontro diagnostico</b>																					
Abitazione .....1 <input type="checkbox"/> Comune <input type="text"/> Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 <input type="checkbox"/> Provincia <input type="text"/> Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 <input type="checkbox"/> Codice ASL di decesso <input type="text"/> Altro (specificare) <input type="text"/> 9 <input type="checkbox"/>		È stato richiesto? 1 <input checked="" type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO		Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>I-XIX</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>XX</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		I-XIX					XX														
I-XIX																									
XX																									
<b>3. Informazioni rilevanti</b>			<b>Atto di morte</b>																						
Peso alla nascita ..... <input type="text"/> grammi Età gestazionale alla nascita ..... <input type="text"/> n. settimane Parità ..... <input type="text"/> (vedi note sul retro) Età della madre ..... <input type="text"/> anni			Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni Ufficio di stato civile <input type="text"/> Circoscrizione <input type="text"/>																						
<b>4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante</b>			<b>DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA</b>																						
Se la causa iniziale risiede in una condizione materna, indicare quest'ultima Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza. 1 <input type="text"/> ↓ che ha eventualmente causato ↓ 2 <input type="text"/> ↓ che ha eventualmente causato ↓ 3 <input type="text"/> ↓ che ha eventualmente causato ↓ 4 <input type="text"/>			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Comune</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Provincia</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>			Comune	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>																
Comune	<input type="text"/>																								
Provincia	<input type="text"/>																								
EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte. 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/>			Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte <input type="text"/> mesi o <input type="text"/> giorni o <input type="text"/> ore																						
<b>4. Parte II Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.</b>			<b>11. Condizione professionale o non professionale dei genitori</b>																						
<input type="text"/> mesi o <input type="text"/> giorni o <input type="text"/> ore <input type="text"/> mesi o <input type="text"/> giorni o <input type="text"/> ore <input type="text"/> mesi o <input type="text"/> giorni o <input type="text"/> ore			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Padre</th><th>Madre</th></tr> <tr><td>Occupato/a.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Disoccupato/a.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Studente.....6 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/></td><td>7 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8 <input type="checkbox"/></td><td>8 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			Padre	Madre	Occupato/a.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Disoccupato/a.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Studente.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>		
Padre	Madre																								
Occupato/a.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																								
Disoccupato/a.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																								
In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																								
Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																								
Studente.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																								
Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>																								
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>																								
<b>5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. soffocamento da corpo estraneo, caduta da gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.)</b>			<b>12. Posizione nella professione dei genitori</b>																						
<input type="text"/>			Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Padre</th><th>Madre</th></tr> <tr><td>Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e</td><td></td></tr> <tr><td>Imprenditore o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>lavoratore in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Per lavoratori/lavoratrici dipendenti</td><td></td></tr> <tr><td>Dirigente o direttivo.....4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Impiegato/a o intermedio.....5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7 <input type="checkbox"/></td><td>7 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			Padre	Madre	Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e		Imprenditore o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	lavoratore in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Altro.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Per lavoratori/lavoratrici dipendenti		Dirigente o direttivo.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Impiegato/a o intermedio.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Padre	Madre																								
Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e																									
Imprenditore o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																								
lavoratore in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																								
Altro.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
Per lavoratori/lavoratrici dipendenti																									
Dirigente o direttivo.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																								
Impiegato/a o intermedio.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																								
Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																								
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>																								
<b>6. Modalità del traumatismo/avvelenamento</b>			<b>13. Ramo di attività economica dei genitori</b>																						
Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 <input type="checkbox"/> Omicidio.....3 <input type="checkbox"/>			Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Padre</th><th>Madre</th></tr> <tr><td>Agricoltura, caccia e pesca.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Industria.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altri servizi privati.....5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			Padre	Madre	Agricoltura, caccia e pesca.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Industria.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Altri servizi privati.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>								
Padre	Madre																								
Agricoltura, caccia e pesca.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																								
Industria.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																								
Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																								
Altri servizi privati.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																								
<b>7. In caso di incidente da trasporto specificare anche</b>			<b>14. Cittadinanza dei genitori</b>																						
7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi") <input type="text"/>			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Padre</th><th>Madre</th></tr> <tr><td>Italiana</td><td></td></tr> <tr><td>Per nascita.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Acquisita.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Straniera.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(specificare stato estero padre) <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(specificare stato estero madre) <input type="text"/></td></tr> <tr><td>Non conosciuta.....9 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			Padre	Madre	Italiana		Per nascita.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Acquisita.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Straniera.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	(specificare stato estero padre) <input type="text"/>		(specificare stato estero madre) <input type="text"/>		Non conosciuta.....9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>				
Padre	Madre																								
Italiana																									
Per nascita.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																								
Acquisita.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																								
Straniera.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
(specificare stato estero padre) <input type="text"/>																									
(specificare stato estero madre) <input type="text"/>																									
Non conosciuta.....9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																								
7.2 Ruolo della vittima Pedone (in passeggino, in braccio, ecc.).....1 <input type="checkbox"/> Passeggero.....3 <input type="checkbox"/>			(specificare stato estero padre) <input type="text"/> (specificare stato estero madre) <input type="text"/>																						
7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.) <input type="text"/>			<b>9. Grado di istruzione dei genitori</b>																						
7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, ecc.) In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore ecc.) <input type="text"/>			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Padre</th><th>Madre</th></tr> <tr><td>Laurea.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diploma universitario o laurea breve.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diploma di scuola media superiore.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Licenza di scuola media inferiore.....4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Licenza elementare o nessun titolo.....5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			Padre	Madre	Laurea.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Diploma universitario o laurea breve.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Diploma di scuola media superiore.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Licenza di scuola media inferiore.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Licenza elementare o nessun titolo.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>								
Padre	Madre																								
Laurea.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																								
Diploma universitario o laurea breve.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																								
Diploma di scuola media superiore.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
Licenza di scuola media inferiore.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																								
Licenza elementare o nessun titolo.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																								
<b>8. Data dell'incidente, omicidio</b>			<b>10. Professione</b>																						
<input type="text"/> Orario <input type="text"/> giorno <input type="text"/> mese <input type="text"/> anno			Del padre <input type="text"/> Della madre <input type="text"/>																						
<b>9. Luogo dell'incidente, omicidio</b>			<b>Timbro</b>																						
Casa .....1 <input type="checkbox"/> Istituzione collettiva .....2 <input type="checkbox"/> Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione .....3 <input type="checkbox"/> Luogo dedicato ad attività sportive .....4 <input type="checkbox"/> Strade e vie .....5 <input type="checkbox"/> Luogo di commercio e servizio .....6 <input type="checkbox"/> Area industriale e di costruzione .....7 <input type="checkbox"/> Azienda agricola .....8 <input type="checkbox"/> Altri luoghi (specificare) <input type="text"/> 9 <input type="checkbox"/>			Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL) 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 medico .....5 <input type="checkbox"/>																						
Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello) Data <input type="text"/> Firma <input type="text"/>			Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile Tel. <input type="text"/> E-mail <input type="text"/> (Timbrare anche la copia per la ASL)																						





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"/> Cognome e nome della persona defunta _____		Età compiuta _____ espressa in 1 <input type="checkbox"/> ore 2 <input type="checkbox"/> giorni 3 <input type="checkbox"/> mesi																															
<b>1. Luogo del decesso</b> Territorio in cui è avvenuto il decesso Abitazione .....1 <input type="checkbox"/> Comune _____ Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 <input type="checkbox"/> Provincia _____ Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ 9 <input type="checkbox"/> Codice ASL di decesso _____		<b>2. Riscontro diagnostico</b> È stato richiesto? 1 <input checked="" type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.) I-XIX _____ XX _____																															
<b>3. Informazioni rilevanti</b> Peso alla nascita _____ grammi Età gestazionale alla nascita _____ n. settimane Parità _____ (vedi note sul retro) Età della madre _____ anni		<b>Atto di morte</b> 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 _____																															
<b>4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte</b> - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante Se la causa iniziale risiede in una condizione materna, indicare quest'ultima Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza. 1 _____ mesi o giorni o ore ↓ che ha eventualmente causato ↓ 2 _____ mesi o giorni o ore ↓ che ha eventualmente causato ↓ 3 _____ mesi o giorni o ore ↓ che ha eventualmente causato ↓ 4 _____ mesi o giorni o ore EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.		<b>11. Condizione professionale o non professionale dei genitori</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Occupato/a.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Disoccupato/a.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Studente.....6 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/></td><td>7 <input type="checkbox"/></td><td>7 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8 <input type="checkbox"/></td><td>8 <input type="checkbox"/></td><td>8 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Padre	Madre	Occupato/a.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Disoccupato/a.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Studente.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			
	Padre	Madre																															
Occupato/a.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																															
Disoccupato/a.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																															
In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																															
Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																															
Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																															
Studente.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																															
Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>																															
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>																															
<b>4. Parte II Altri stati morbososi rilevanti</b> - Indicare altre malattie o condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso. _____ mesi o giorni o ore _____ mesi o giorni o ore _____ mesi o giorni o ore		<b>12. Posizione nella professione dei genitori</b> Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Imprenditore o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>lavoratore in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Per lavoratori/lavoratrici dipendenti</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dirigente o direttivo.....4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Impiegato/a o intermedio.....5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td><td>6 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7 <input type="checkbox"/></td><td>7 <input type="checkbox"/></td><td>7 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Padre	Madre	Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e			Imprenditore o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	lavoratore in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Altro.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Per lavoratori/lavoratrici dipendenti			Dirigente o direttivo.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Impiegato/a o intermedio.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
	Padre	Madre																															
Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e																																	
Imprenditore o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																															
lavoratore in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																															
Altro.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																															
Per lavoratori/lavoratrici dipendenti																																	
Dirigente o direttivo.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																															
Impiegato/a o intermedio.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																															
Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																															
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>																															
<b>N.B. I QUESITI 5-9 DEVONO ESSERE COMPILATI SOLO IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO (anche con informazioni riferite)</b>																																	
<b>5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I</b> (es. soffocamento da corpo estraneo, caduta da gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.) _____																																	
<b>6. Modalità del traumatismo/avvelenamento</b> Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 <input type="checkbox"/> Omicidio.....3 <input type="checkbox"/>		<b>8. Data dell'accidente, omicidio</b> _____ Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____																															
<b>7. In caso di incidente da trasporto specificare anche</b> 7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi") _____ 7.2 Ruolo della vittima Pedone (in passeggino, in braccio, ecc.).....1 <input type="checkbox"/> Passeggero.....3 <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, ecc.) In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore ecc.) _____		<b>9. Luogo dell'accidente, omicidio</b> Casa .....1 <input type="checkbox"/> Istituzione collettiva .....2 <input type="checkbox"/> Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione .....3 <input type="checkbox"/> Luogo dedicato ad attività sportive .....4 <input type="checkbox"/> Strade e vie .....5 <input type="checkbox"/> Luogo di commercio e servizio .....6 <input type="checkbox"/> Area industriale e di costruzione .....7 <input type="checkbox"/> Azienda agricola .....8 <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 medico .....5 <input type="checkbox"/> Timbro e telefono del medico o della struttura _____ Tel. _____																															
<b>10. Professione</b> Del padre _____ Della madre _____		<b>13. Ramo di attività economica dei genitori</b> Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Agricoltura, caccia e pesca.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Industria.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altri servizi privati.....5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Padre	Madre	Agricoltura, caccia e pesca.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Industria.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Altri servizi privati.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>												
	Padre	Madre																															
Agricoltura, caccia e pesca.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																															
Industria.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																															
Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																															
Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																															
Altri servizi privati.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																															
<b>14. Cittadinanza dei genitori</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Italiana</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Per nascita.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Acquisita.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Straniera.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="3">(specificare stato estero padre) _____</td></tr> <tr><td colspan="3">(specificare stato estero madre) _____</td></tr> <tr><td>Non conosciuta.....9 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td><td>9 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Padre	Madre	Italiana			Per nascita.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Acquisita.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Straniera.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	(specificare stato estero padre) _____			(specificare stato estero madre) _____			Non conosciuta.....9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile _____ Tel. _____ E-mail _____							
	Padre	Madre																															
Italiana																																	
Per nascita.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																															
Acquisita.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																															
Straniera.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																															
(specificare stato estero padre) _____																																	
(specificare stato estero madre) _____																																	
Non conosciuta.....9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																															
<b>9. Grado di istruzione dei genitori</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Laurea.....1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diploma universitario o laurea breve.....2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diploma di scuola media superiore.....3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Licenza di scuola media inferiore.....4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Licenza elementare o nessun titolo.....5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td><td>5 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Padre	Madre	Laurea.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Diploma universitario o laurea breve.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Diploma di scuola media superiore.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Licenza di scuola media inferiore.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Licenza elementare o nessun titolo.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<b>8. Residenza della madre</b> Stesso comune di morte .....1 <input type="checkbox"/> Altro Comune .....2 <input type="checkbox"/> _____ (specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) Stato Estero .....3 <input type="checkbox"/> _____ (specificare stato estero)													
	Padre	Madre																															
Laurea.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																															
Diploma universitario o laurea breve.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																															
Diploma di scuola media superiore.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																															
Licenza di scuola media inferiore.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																															
Licenza elementare o nessun titolo.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																															
<b>1. Data di morte</b> _____ Ora _____ Minuti _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____		<b>1. Data di morte</b> _____ Ora _____ Minuti _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____																															
<b>2. Data di nascita</b> _____ Ora _____ Minuti _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____		<b>2. Data di nascita</b> _____ Ora _____ Minuti _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____																															
<b>3. Località di nascita</b> Stesso comune di morte .....1 <input type="checkbox"/> Altro Comune .....2 <input type="checkbox"/> _____ (specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) Stato Estero .....3 <input type="checkbox"/> _____ (specificare stato estero)		<b>3. Località di nascita</b> Stesso comune di morte .....1 <input type="checkbox"/> Altro Comune .....2 <input type="checkbox"/> _____ (specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) Stato Estero .....3 <input type="checkbox"/> _____ (specificare stato estero)																															
<b>4. Età compiuta</b> Fino a 23 ore compiute indicare il n. di ore .....1 _____ Da 24 ore fino a 29 gg. compiuti indicare il n. di gg.....2 _____ Da 30 gg. compiuti fino ad 1 anno indicare il n. dei mesi.. 3 _____		<b>4. Età compiuta</b> Fino a 23 ore compiute indicare il n. di ore .....1 _____ Da 24 ore fino a 29 gg. compiuti indicare il n. di gg.....2 _____ Da 30 gg. compiuti fino ad 1 anno indicare il n. dei mesi.. 3 _____																															
<b>5. Genere del parto</b> Parto semplice.....1 <input type="checkbox"/> Parto plurimo.....2 <input type="checkbox"/>		<b>5. Genere del parto</b> Parto semplice.....1 <input type="checkbox"/> Parto plurimo.....2 <input type="checkbox"/>																															
<b>6. Filiazione</b> Legittima.....1 <input type="checkbox"/> Naturale riconosciuta solo dalla madre.....2 <input type="checkbox"/> Solo dal padre.....3 <input type="checkbox"/> Da entrambi i genitori.....4 <input type="checkbox"/> Naturale non riconosciuta e di filiazione ignota.....5 <input type="checkbox"/>		<b>6. Filiazione</b> Legittima.....1 <input type="checkbox"/> Naturale riconosciuta solo dalla madre.....2 <input type="checkbox"/> Solo dal padre.....3 <input type="checkbox"/> Da entrambi i genitori.....4 <input type="checkbox"/> Naturale non riconosciuta e di filiazione ignota.....5 <input type="checkbox"/>																															
<b>7. Data di nascita della madre</b> _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____		<b>7. Data di nascita della madre</b> _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____																															
<b>8. Residenza della madre</b> Stesso comune di morte .....1 <input type="checkbox"/> Altro Comune .....2 <input type="checkbox"/> _____ (specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) Stato Estero .....3 <input type="checkbox"/> _____ (specificare stato estero)		<b>8. Residenza della madre</b> Stesso comune di morte .....1 <input type="checkbox"/> Altro Comune .....2 <input type="checkbox"/> _____ (specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) Stato Estero .....3 <input type="checkbox"/> _____ (specificare stato estero)																															
<b>Timbro</b> _____		<b>Timbro</b> _____																															

