

**RICHIESTA VISITA NECROSCOPICA**

Cognome e Nome del Defunto _____

Data di nascita _____ Cod. Fiscale _____

Recapito telefonico (*familiare o operatore*) _____

Indirizzo del Decesso:

Abitazione privata (*via, civico, Comune*)

Struttura (*Nome della struttura*) _____(*via, civico, Comune*) _____

Reparto _____

Data del Decesso _____ alle ore* _____
(*riportare l'ora indicata dal medico nel certificato di constatazione di decesso)

Covid-19 o altre Malattie Infettive _____

Cremazione Sì No | Portatore Di Pace-Maker Sì No

Scheda Istat compilata Sì No _____

Comunicazione effettuata da _____

Tel/mail _____ in data _____

Note _____

Sezione da compilare a cura del Dipartimento di Prevenzione

Comunicato al Dr./Serv. _____

Il _____ Alle Ore _____ Operatore _____

Responsabile del Procedimento: Dr.ssa Maria Teresa Padovan

Referente procedura: Dr.ssa Maria Teresa Padovan

Tel. 0444-752221 e mail: segreteria.sisp@aulss8.veneto.it PEC: protocollo.prevenzione.aulss8@pecveneto.it