

Modulo per richiesta di riscontro diagnostico autoptico

Al Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero

Sede

Si richiede l'autorizzazione ad effettuare il **riscontro diagnostico** del cadavere di:

nome cognome

data di nascita residenza

deceduto il alle ore..... presso UO di

sospetta diagnosi clinica di morte

.....

Si dichiara che non sussistono implicazioni medico legali.

Si allega documentazione sanitaria.

Data

IL DIRIGENTE MEDICO

.....

Si autorizza il riscontro diagnostico autoptico richiesto

Data

IL DIRETTORE SANITARIO DEL P.O.