Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

ISTAT
istituto nazionale di statistica

CODICE FISCALE DEL DEFUNTO

CODICE FISCALE DEL PADRE | CODICE FISCALE DELLA MADRE

ISTAT **D.4 bis** - Ediz. 2004 **M bis**

COPIA PER L'ISTAT

Cognome e nome del defunto

Età

N. d'ordine della scheda

# SCHEDA DI MORTE NEL 1° ANNO DI VITA PER MASCHIO

**PARTE A** - A CURA DEL MEDICO

LUOGO DEL DECESSO

Abitazione ..... 1 ☐

Istituto di cura pubblico ..... 2 ☐

Istituto di cura privato ..... 3 ☐

Altro (specificare) ..... 5 ☐

Provincia di

Comune di

CODICE DELLA ASL DI DECESSO

RISCONTRO DIAGNOSTICO

Richiesto ..... 1 ☐

Non richiesto ..... 2 ☐

| Riservato all'ISTAT | | | |
|---|---|---|---|
| I | | | |
| E | | | |
| M | | | |

**MORTE DA CAUSA NATURALE**

**1. Causa iniziale** (scrivere in stampatello)
Scegliere la SOLA patologia che ha dato inizio alla catena dei processi morbosi indicati ai punti 2. e 3. Trattandosi di morto nel 1° anno di vita (dalla nascita al giorno precedente il 1° compleanno) se la causa risiede in una condizione materna è quella che deve essere indicata.

intervallo (a) mesi giorni ore

↓ che ha provocato causa 2 ↓

**2. Causa intermedia** (scrivere in stampatello)
Eventuali complicazioni o evoluzione della causa precedente, indicata al punto 1.

intervallo (a) mesi giorni ore

↓ che ha/hanno provocato causa 3 ↓

**3. Causa terminale** (scrivere in stampatello)
Patologia che ha immediatamente preceduto il decesso collegata alle cause indicate ai punti 1. e 2. Non inserire il meccanismo del decesso (arresto cardiovascolare, collasso respiratorio, etc.)

intervallo (a) mesi giorni ore

**4. Altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso** (scrivere in stampatello)
Indicare altre malattie o stati morbosi (anomalie o malformazioni congenite) esclusi dal concatenamento indicato ai punti 1 2 3, ma che hanno contribuito al decesso.

intervallo (a) mesi giorni ore

(a) indicare anche approssimativamente l'intervallo tra l'insorgenza della malattia e la morte

**MORTE DA CAUSA VIOLENTA**

**5. Causa violenta**

Accidentale 1 ☐ Infanticidio 2 ☐

**6. Descrizione della lesione** (scrivere in stampatello)

**7. Malattie o complicazioni eventualmente sopravvenute conseguenti alla lesione** (scrivere in stampatello)

**8. Stati morbosi preesistenti comprese anomalie o malformazioni congenite che hanno eventualmente contribuito al decesso** (scrivere in stampatello)

**9.1 Modalità che ha provocato la lesione indicata al punto 6** (soffocamento da corpo estraneo, soffocamento nella culla, caduta da gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.) (scrivere in stampatello)

Indicare l'intervallo di tempo tra l'azione violenta e la morte mesi giorni ore

**9.2 Data dell'accidente, infanticidio**

Ora Giorno Mese Anno

**9.3 Luogo dell'accidente, infanticidio**

Abitazione 1 ☐ Istituzione collettiva 2 ☐ Scuola, istituzioni e aree della pubblica amministrazione 3 ☐

Luogo dedicato alle attività sportive 4 ☐ Strade e vie 5 ☐ Luogo di commercio e servizio 6 ☐

Area industriale e di costruzione 7 ☐ Azienda agricola 8 ☐

Altri luoghi (specificare) ..... 9 ☐

DICHIARO CHE LE CAUSE DELLA MORTE SECONDO SCIENZA E COSCIENZA, SONO QUELLE DA ME SOPRAINDICATE

Data

curante ☐

necroscopo ☐

Firma leggibile del medico

Timbro e telefono del medico o della struttura

**PARTE B** - NOTIZIE A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (CONTROLLARE ED EVENTUALMENTE CORREGGERE IL COGNOME E IL NOME DEL DEFUNTO)

ATTO DI MORTE

Numero

Parte 1 ☐ I 2 ☐ II

Serie 1 ☐ B 2 ☐ C

UFFICIO DI STATO CIVILE

CIRCOSCRIZIONE (b)

| | N. distintivo da apporre con il timbro |
|---|---|
| COMUNE | |
| PROVINCIA | |

**1. Data di morte** Ora Giorno Mese Anno

**2. Data di nascita** Ora Giorno Mese Anno

**3. Località di nascita**

Stesso comune di morte 1 ☐ Altro comune 2 ☐

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

Stato estero ..... 3 ☐

(specificare) 0 0 0

**4. Età compiuta**

Se fino ad un giorno indicare il numero di ore ..... 1 0

Se oltre un giorno e fino ad un mese indicare il num. di giorni ..... 2 0

Se oltre un mese e fino ad un anno indicare il num. di mesi ..... 3 0

**5. Genere del parto**

Parto semplice 1 ☐ Parto plurimo 2 ☐

**6. Filiazione**

Legittima ..... 1 ☐

Naturale riconosciuta solo dalla madre ..... 2 ☐

Solo dal padre ..... 3 ☐

Da entrambi i genitori ..... 4 ☐

Naturale non riconosciuta e di filiazione ignota ..... 5 ☐

**7. Data di nascita della madre** Giorno Mese Anno

**8. Residenza della madre**

Stesso comune di morte 1 ☐ Altro comune 2 ☐

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

Stato estero ..... 3 ☐

(specificare) 0 0 0

**9. Grado di istruzione dei genitori**

| | Padre | Madre |
|---|---|---|
| Laurea | 1 ☐ | 1 ☐ |
| Diploma universitario o laurea breve | 2 ☐ | 2 ☐ |
| Diploma di scuola media superiore | 3 ☐ | 3 ☐ |
| Licenza di scuola media inferiore | 4 ☐ | 4 ☐ |
| Licenza elementare o nessun titolo | 5 ☐ | 5 ☐ |

**10. Professione**

Del padre

Della madre

**11. Condizione professionale o non professionale dei genitori**

| | Padre | Madre |
|---|---|---|
| Occupato | 1 ☐ | 1 ☐ |
| Disoccupato | 2 ☐ | 2 ☐ |
| In cerca di prima occupazione | 3 ☐ | 3 ☐ |
| Ritirato dal lavoro | 4 ☐ | 4 ☐ |
| Casalingo/a | 5 ☐ | 5 ☐ |
| Studente | 6 ☐ | 6 ☐ |
| Inabile al lavoro | 7 ☐ | 7 ☐ |
| Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) | 8 ☐ | 8 ☐ |

**12. Posizione nella professione dei genitori**

| | Padre | Madre |
|---|---|---|
| Per lavoratori autonomi | | |
| Imprenditore o libero professionista | 1 ☐ | 1 ☐ |
| Lavoratore in proprio o coadiuvante | 2 ☐ | 2 ☐ |
| Altro | 3 ☐ | 3 ☐ |
| Per lavoratori dipendenti | | |
| Dirigente o direttivo | 4 ☐ | 4 ☐ |
| Impiegato o intermedio | 5 ☐ | 5 ☐ |
| Operaio o assimilato | 6 ☐ | 6 ☐ |
| Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) | 7 ☐ | 7 ☐ |

**13. Ramo di attività economica dei genitori**

| | Padre | Madre |
|---|---|---|
| Agricoltura, caccia e pesca | 1 ☐ | 1 ☐ |
| Industria | 2 ☐ | 2 ☐ |
| Commercio, pubblici esercizi, alberghi | 3 ☐ | 3 ☐ |
| Pubblica amministrazione e servizi pubblici | 4 ☐ | 4 ☐ |
| Altri servizi privati | 5 ☐ | 5 ☐ |

**14. Cittadinanza dei genitori**

| | Padre | Madre |
|---|---|---|
| Italiana | | |
| Per nascita | 1 ☐ | 1 ☐ |
| Acquisita | 2 ☐ | 2 ☐ |
| Straniera | 3 ☐ | 3 ☐ |
| (specificare) | | |
| Non conosciuta (*) | 9 ☐ | 9 ☐ |
| | 8 8 8 | 8 8 8 |

(*) nel caso dei nati naturali riconosciuti da uno solo dei genitori (è sconosciuta la cittadinanza dell'altro) o non riconosciuti o di filiazione ignota (sconosciuta la cittadinanza di entrambi i genitori)

Bollo

Firma, nominativo e recapito dell'ufficiale dello Stato Civile

(b) Solo per i Comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni