



Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Istat

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

ISTAT MODELLO D4 - Ediz. 2011

COPIA PER L'ISTAT

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

**PARTE A - A CURA DEL MEDICO**

MASCHIO  Et  compiuta  
FEMMINA  (IN ANNI)

Cognome e nome della persona defunta \_\_\_\_\_

**1. Luogo del decesso**  
Abitazione .....1  Comune \_\_\_\_\_  
Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2   
Hospice.....3  Provincia \_\_\_\_\_  
Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4   
Altro (specificare) \_\_\_\_\_ 9  Codice ASL di decesso \_\_\_\_\_

**2. Riscontro 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** Sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente a morte - In presenza di pi  sequenze scegliere la pi  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.

**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  
IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)

**5. Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I** (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)  
\_\_\_\_\_

**6. Modalit  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**  
Casa .....1   
Istituzione collettiva .....2   
Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione .....3   
Luogo dedicato ad attivit  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

**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** \_\_\_\_\_  
Ora \_\_\_\_\_ Minuti \_\_\_\_\_ Giorno \_\_\_\_\_ Mese \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**2. Data di nascita** \_\_\_\_\_  
Giorno \_\_\_\_\_ Mese \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**3. Localit  di nascita**  
Stesso comune di morte .....1   
Altro Comune .....2   
(specificare comune e provincia) \_\_\_\_\_ (comune) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_  
Stato Estero .....3   
(specificare stato estero) \_\_\_\_\_

**4. Et  compiuta**  
Anni \_\_\_\_\_

**5. Stato civile**  
Celibe/Nubile.....1   
Coniugato/a.....2   
Vedovo/a.....3   
Divorziato/a o gi  coniugato/a( ) .....4   
Separato/a legalmente.....5   
Se coniugato o separato/a legalmente indicare:  
Anno di nascita del coniuge superstite..... \_\_\_\_\_  
Anno di matrimonio..... \_\_\_\_\_

**6. Residenza**  
Stesso Comune di morte .....1   
Altro Comune .....2   
(specificare comune e provincia) \_\_\_\_\_ (comune) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_  
Stato Estero .....3   
(specificare stato estero) \_\_\_\_\_

**7. Grado di istruzione**  
Laurea .....1   
Diploma universitario o laurea breve.....2   
Diploma di scuola media superiore .....3   
Licenza di scuola media inferiore .....4   
Licenza elementare o nessun titolo .....5

**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   
Casalingo/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   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 direttivo .....4   
Impiegato/a o intermedio .....5   
Operaio/a o assimilato.....6   
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) .....7

**11. Ramo di attivit  economica**  
Da compilare solo se al quesito 9   indicato 1 o 2  
Agricoltura, caccia e pesca .....1   
Industria .....2   
Commercio, pubblici servizi, alberghi .....3   
Pubblica amministrazione e servizi pubblici .....4   
Altri servizi privati .....5

**12. Cittadinanza**  
Italiana  
Per nascita .....1   
Acquisita.....2   
Straniera .....3   
(specificare stato estero) \_\_\_\_\_

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 legale .....4   
Altro medico .....5

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

Timbro \_\_\_\_\_  
(timbrare anche la copia per la ASL)

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile  
Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_





SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

**PARTE A - A CURA DEL MEDICO**

MASCHIO  Et  compiuta  
FEMMINA  (IN ANNI)

Cognome e nome della persona defunta

**1. Luogo del decesso**  
Abitazione .....1 Comune .....  
Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2  
Hospice.....3 Provincia .....  
Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4  
Altro (specificare).....9 Codice ASL di decesso

**2. Riscontro 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** Sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente a morte - In presenza di pi  sequenze scegliere la pi  rilevante  
Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza.  
1 che ha eventualmente causato  
2 che ha eventualmente causato  
3 che ha eventualmente causato  
4  
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.  
IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)

**5. Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I** (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)

**6. Modalit  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**  
Casa .....1  
Istituzione collettiva .....2  
Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione .....3  
Luogo dedicato ad attivit  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

**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**  
Ora Minuti Giorno Mese Anno

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

**3. Localit  di nascita**  
Stesso comune di morte .....1  
Altro Comune .....2  
(specificare comune e provincia) (comune) (prov.)  
Stato Estero .....3  
(specificare stato estero)

**4. Et  compiuta**  
Anni

**5. Stato civile**  
Celibe/Nubile.....1  
Coniugato/a.....2  
Vedovo/a.....3  
Divorziato/a o gi  coniugato/a( ).....4  
Separato/a legalmente.....5  
Se coniugato o separato/a legalmente indicare:  
Anno di nascita del coniuge superstite.....  
Anno di matrimonio.....

**6. Residenza**  
Stesso Comune di morte .....1  
Altro Comune .....2  
(specificare comune e provincia) (comune) (prov.)  
Stato Estero .....3  
(specificare stato estero)

**7. Grado di istruzione**  
Laurea .....1  
Diploma universitario o laurea breve.....2  
Diploma di scuola media superiore .....3  
Licenza di scuola media inferiore .....4  
Licenza elementare o nessun titolo .....5

**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  
Casalingo/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   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 direttivo .....4  
Impiegato/a o intermedio .....5  
Operaio/a o assimilato.....6  
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7

**11. Ramo di attivit  economica**  
Da compilare solo se al quesito 9   indicato 1 o 2  
Agricoltura, caccia e pesca.....1  
Industria .....2  
Commercio, pubblici servizi, alberghi .....3  
Pubblica amministrazione e servizi pubblici .....4  
Altri servizi privati .....5

**12. Cittadinanza**  
Italiana  
Per nascita.....1  
Acquisita.....2  
Straniera .....3  
(specificare stato estero)

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  
Necroscopo.....2  
Medico ospedaliero.....3  
Medico legale .....4  
Altro medico .....5

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

Timbro  
(timbrare anche la copia per la ASL)

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile  
Tel. E-mail

