

Номер

РЕСПУБЛИКА ЮЖНЫЙ СУДАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

Штат Графство Община

Идентификатор умершего:

Имя Второе имя Фамилия

Пол Вероисповедание Гражданство

Семейное положение Женат Холост В разводе Вдовец

Дата рождения Место рождения Род занятий

Время и дата смерти

НАСТОЯЩИМ Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что оказывал помощь умершему в период с по ,
и что в последний раз я его видел в живых смерть наступила в часов (применяется
24-часовой формат)

Время смерти цифрами

Дата смерти прописью

Причины смерти

- а) заболевание, непосредственно приведшее к смерти
- б) Побочная причина
- с) Патологическое состояние (при наличии), вызвавшее вышеуказанную причину,
с указанием последних состояний
- д) Прочие существенные условия, способствовавшие наступлению смерти, но не связанные
с заболеванием или с состоянием вызвавшим ее

ФИО заявившего о смерти

ФИО уполномоченного лица

ФИО регистратора

Подпись регистратора

Дата выдачи

Подпись сотрудника медучреждения