

ATTESTATION DE MORT NATURELLE

Je soussigné

(NOM_PRENOM de l'IDEL)

Infirmier Libéral à

(VILLE d'exercice de l'IDEL)

Atteste avoir déclaré la mort naturelle de

(Civilité_ NOM_ PRENOM du patient)

Le _____ à _____

(Date et heure)

Fait à _____ le / / _____

Cachet et signature de l'IDEL