



MOD-83-0000697-A

الكبير رقم ٥

رقم الشهادة

١٩٨١٥٠٥

قسم الاحياء الصحي والحياتي شهادة وفاة

تاريخ التظلم

١- اسم المتوفى ولقبه وكيفية تسميته	٢- الجنس ذكر	٣- الجنسية عراق	٤- العمر ٧٠	٥- محل الميلاد
٦- الحالة الزوجية: عزوب	٧- تاريخ الولادة: ٢٠	٨- محل الولادة: فلعين	٩- اقامته الراثة: رقم الدار	١٠- محل الوفاة:
١١- تاريخ الوفاة (كتابة): الساعة	١٢- اسم والد المتوفى	١٣- اسم والد المتوفى	١٤- اسم المتوفى	١٥- عنوان المتوفى
١٧- شهادة الوفاة الطبية				
(١) المرض أو الحالة التي أدت للوفاة مباشرة (السكتة القلبية) (تسبب عن أرتيمية لابلية) الحالات المرضية (ان دمعت) والتي أدت للسبب (س) هبوط عضلة القلب (تسبب عن أرتيمية لابلية) أعلاه مع ذكر السبب الأساسي في الخاتمة (ع) الطبيب (٢) حالات مهمة أخرى ساعدت على الوفاة ولا صلة لها بالمرض أو الحالة التي سببت الوفاة إذا كانت المرأة المتوفاة في سن الانجاب (١٥-٤٩) يوزن امد المقول التالية: <input type="checkbox"/> أثناء الحمل <input type="checkbox"/> أثناء الولادة <input type="checkbox"/> أثناء النفاس				
١٨- مدينت الوفاة في: البيت المتضمن مكان آخر شارع				
١٩- اشهد ان الوفاة قد حدثت عن الاسباب المبينة اعلاه				
عنوان استئصال الطبيب: رقم				
٢٠- شهادة طبية عدلية (تملا وترفع من قبل الطبيب العدلي)				
في الموقع ادناه الدكتور الطبيب في تمت بتاريخ مئة المتوفى والمرسلة من قبل حسب الاستمارة المرفقة والمؤرخة في / / ٢٠٠١ في الساعة بتاريخ / / ٢٠٠١ فوجدت سبب الوفاة توقيع الطبيب قسم الطبابة العدلية				
٢١- معلومات خاصة بجمعية الجنسية والاموال المدنية (تؤخذ من لصورة الاموال المدنية)				
رقم السجل رقم الجمعية رقم الاموال المدنية رقم لصورة الاموال المدنية (وترفع بالشهادة)				

ملاحظة: توضع علامة (م) في المكان المناسب - نسخة الحاسبة والكمبيوترية

٢١٤

Handwritten notes and signatures on the right side of the form, including a date ٥/٥/٥٠.

Certificate Number
No. 0981505
Republic of Iraq
Ministry of Health

Health and Vital Statistics Department

'Abd al-Jabbar Mousa 'Ali

Death Certificate

Date of Issue: **15/5/2003**

This area contains several rows of boxes with figures. From the top they read: 14111 5010-32 -2111 3-5-15 [[probably the date backwards]] -5-110	The deceased	1 Deceased's name and nickname : 'Abd al-Jabbar Mousa 'Ali	2 Sex: Male	3 Nationality: Iraqi	4 Religion: Muslim	5 Profession: Teacher	
		6 Marital Status: Single.....Married.....Widowed.....Divorced.....	7 Date of Birth 3/10 /1950	8 Place of Birth: District.....Governorat... al-Basra...			
		9 Official residence: House Number.....Street.....Town.....Area al-JumburiyaDistrict.....Governorate... al-Basra					10 Place of death Town... al-Jumburiya Area..... District..... Governorate... al-Basra
		11 Date of Death(written): Time ... 5 <i>[[remainder illegible]]</i> Day... 1 <i>[[sic]]</i> ... Month 5Year..... 2003 ...					
	12 Deceased's Father ... Mousa 'Ali			13 Deceased's Mother Kadhema Muhammad			
	14 Name of person reporting the death: <i>[[1st name illegible]]</i> ar-Ridha Khalaf			15 Relationship to the deceased..... Cousin		16 Full Address al-Jumburiya al-Basra	
	17 Medical Death Certificate (1) Illness or condition responsible for death (a) Heart Failure (Caused by or resulting from the following) Medical conditions (if present) leading to the cause (b) Deterioration of the heart. (Caused by or resulting from the following) listed above. State the original cause at the end. (c)... muscle (2) Other important conditions contributing to death that are unrelated to the illness or condition causing death..... If the deceased is a woman of child bearing age (15-49) mark one of the following boxes: Death occurred : During pregnancy <input type="checkbox"/> During childbirth <input type="checkbox"/> During puerperium <input type="checkbox"/>					Approximate time between the appearance of the symptoms and death	
	18 The death occurred: at home.....in hospital.....Other location... In the street					Medical Establishment Stamp	
	19 I testify that death occurred as a result of the above reasons Doctors work address... A Q M Hospital ...*			Doctor's name <i>[[not legible]]</i> Signature.....			
	20 Forensic Medical Certificate ((completed and signed by forensic doctor) I am the signing doctor.....Doctor at.....I carried out the autopsy on the deceased..... Sent by.....In accordance with form number.....Dated / / /200 at time.....						
21 Important information for the Directorate of Citizenship and Civil Affairs (taken from civil affairs identity card) Register number 25Page number... 4988Governorate... al-Basra . Civil Affairs Identity number... 535512(and accompanying certificate).							

Note: Place an X in the appropriate box. 1. Copy to Civil Affairs 2. Copy to the parties concerned 4. Copy to The certificate compiler

*[[Note: * in section 19 the address may read A Q 2 Hospital.]]*