

Domanda di tumulazione di ceneri o resti mortali in posto già in concessione
Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 10/09/1990, n. 285

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Numero	Data	Ente

del defunto

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Luogo del decesso

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Data del decesso

Ora del decesso

presso il cimitero

Denominazione del cimitero

Luogo di sepoltura

- ☐ fossa
- ☐ loculo/colombario
- ☐ tomba
- ☐ cappella di famiglia
- ☐ tumulo
- ☐ edicola
- ☐ celletta ossario
- ☐ nicchia cineraria
- ☐ altro *(specificare)*

Posizione di sepoltura

in posto già in concessione

Numero

Data

Ente di riferimento

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ di avere avuto il preventivo e incondizionato assenso da parte del titolare della concessione
- ☒ di essere a conoscenza e di accettare che resterà invariata la scadenza della concessione

☐ la documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da

Cognome

Nome

Codice Fiscale

in qualità di

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale

Tipologia

Sede legale

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Codice Fiscale

Partita IVA

Telefono

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

pertanto allega copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente

pertanto allega copia del documento d'identità del sottoscritto

Ruolo ():*

titolare, legale rappresentante o incaricato

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente

☐ copia del documento d'identità del sottoscritto

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sant'Angelo del Pesco

Luogo

Data

il dichiarante