



Mod. Servizi Cimiteriali _Agg.02/2024

Il/La sottoscritto/a **C.F.**

Nato/a a **Il**

Residente a **Via**

Recapiti telefonici **E-mail**

in qualità di **rispetto alla salma**

(indicare grado di parentela)

- dichiara di essere a conoscenza del Regolamento di Polizia Mortuaria;
- dichiara, in qualità di Richiedente, che tutti i familiari/eredi del manufatto e/o del Concessionario del loculo/nicchia e della salma sono consenzienti alle operazioni di cui sotto;
- dichiara di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all’Art.10 della legge 675/96, i dati forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- dichiarazione resa ai sensi dell’art.47 DPR 28/12/2000 n.445 (Dichiarazione sostitutiva dell’Atto di Notorietà);

presenta domanda per ottenere i seguenti servizi presso il Cimitero di

TUMULAZIONE

(indicare se salma, resti, ceneri)

INUMAZIONE

DISPERSIONE NELL’OSSARIO COMUNE

(indicare se resti ossei o ceneri)

SERVIZI CIMITERIALI

della salma: **deceduta il**
(cognome e nome della salma) *(data di decesso)*

nato/a a **(....)** **il** **C.F.:**

Estremi per tumulazione:

in LOCULO n. **Fila** **Rep.**

in NICCHIA n. **Fila** **Rep.**

per il quale si richiede il rilascio della relativa concessione

già concesso/a per la salma di **deceduta il**

ovvero

in TOMBA DI FAMIGLIA:
(indicare concessionari/o tomba)

Rep. **Sett.** **N.**

dove è tumulata la salma di **deceduta il**

(indicare nome e cognome di una salma)

e dichiara che la salma oggetto della richiesta è parente entro il 4° del/dei concessionari della tomba di famiglia indicata
in quanto

(indicare il grado di parentela della salma rispetto al concessionari/o)

Estremi per servizi cimiteriali:

*(*lavoro): Estumulazione con riduzione - Estumulazione con traslazione – Esumazione*

1) (*lavoro)

(indicare il caso previsto)

della salma

(indicare nome e cognome di una salma)

Posizione:

Destinazione:

2) (*lavoro)

(indicare il caso previsto)

della salma

(indicare nome e cognome di una salma)

Posizione:

Destinazione:

3) (*lavoro)

(indicare il caso previsto)

della salma

(indicare nome e cognome di una salma)

Posizione:

Destinazione:

Note:

.....
.....

Il sottoscritto

RICHIEDE che l'ordine di pagamento e
relativo pagoPA per i servizi richiesti:

- sia inoltrato per via telematica al seguente indirizzo mail:** ..;
- possa essere ritirato dallo stesso o da un suo delegato entro 3 gg dall'esecuzione del servizio richiesto presso
l'Ufficio Cimiteri con sede in Piazza XX Settembre, 15 – Foligno (PG);**

e **DICHIARA** che si impegnerà al pagamento entro 3 gg dal ritiro/ricevimento per via telematica.

N.B. Si allega alla presente copia di un documento in corso di validità

Foligno, li

Il Richiedente

(firma leggibile per esteso)