



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 famigliari/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 deceduta il

(indicare nome e cognome di una salma)

Posizione:

Destinazione:

2) (***lavoro**)

(indicare il caso previsto)

della salma deceduta il

(indicare nome e cognome di una salma)

Posizione:

Destinazione:

3) (***lavoro**)

(indicare il caso previsto)

della salma deceduta il

(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)