



In allegato alla dichiarazione di

Codice fiscale

## 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*

| Il sottoscritto |      |                |
|-----------------|------|----------------|
| Cognome         | Nome | Codice Fiscale |
|                 |      |                |
| in qualità di   |      |                |
| Ruolo (*)       |      |                |
|                 |      |                |

Ruolo (\*):

coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto

### CHIEDE

| la tumulazione del defunto |      |                |
|----------------------------|------|----------------|
| Cognome                    | Nome | Codice Fiscale |
|                            |      |                |

| presso il cimitero         |  |
|----------------------------|--|
| Denominazione del cimitero |  |
|                            |  |

| Luogo di sepoltura    |                      | Posizione di sepoltura |
|-----------------------|----------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> | fossa                |                        |
| <input type="radio"/> | loculo/colombario    |                        |
| <input type="radio"/> | tomba                |                        |
| <input type="radio"/> | cappella di famiglia |                        |
| <input type="radio"/> | tumulo               |                        |
| <input type="radio"/> | edicola              |                        |
| <input type="radio"/> | celletta ossario     |                        |
| <input type="radio"/> | nicchia cineraria    |                        |
| <input type="radio"/> | altro (specificare)  |                        |

| 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

|                                                                                                      |        |                             |                               |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> la documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da                 |        |                             |                               |                |
| Cognome                                                                                              |        | Nome                        |                               | Codice Fiscale |
|                                                                                                      |        |                             |                               |                |
| <b>in qualità di</b>                                                                                 |        |                             |                               |                |
| Ruolo (*)                                                                                            |        |                             |                               |                |
|                                                                                                      |        |                             |                               |                |
| Denominazione/Ragione sociale                                                                        |        |                             |                               | Tipologia      |
|                                                                                                      |        |                             |                               |                |
| Sede legale                                                                                          |        |                             |                               |                |
| Provincia                                                                                            | Comune | Indirizzo                   | Civico                        | CAP            |
|                                                                                                      |        |                             |                               |                |
| Codice Fiscale                                                                                       |        |                             | Partita IVA                   |                |
|                                                                                                      |        |                             |                               |                |
| Telefono                                                                                             |        | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |                |
|                                                                                                      |        |                             |                               |                |
| <b>pertanto allega copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente</b> |        |                             |                               |                |
| <b>pertanto allega copia del documento d'identità del sottoscritto</b>                               |        |                             |                               |                |

Ruolo (\*):

titolare, legale rappresentante o incaricato

| <b>Elenco degli allegati</b>                                                                                 |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i> |                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | copia della documentazione che dimostra la volontà del defunto alla dispersione |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente   |

|           |      |                |
|-----------|------|----------------|
| Stradella |      |                |
| Luogo     | Data | Il dichiarante |