

Oggetto: Richiesta di esumazione e riordinamento dei resti di _____
da Campo inumazioni n. _____ Blocco _____ Settore _____ - anno decesso: _____
/ Campo esiti n. 4 Settore 1 lavoro dell'anno _____,
ai fini _____.

Il/la sottoscritto/a _____
 Cod. Fisc. _____ nato/a a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ n. _____
 telefono _____ indirizzo di posta elettronica _____

a conoscenza di quanto previsto dal vigente Regolamento di Polizia Mortuaria ed ai sensi del DPR 445/2000 ss.mm.,
in quanto parente avente titolo (rapporto di parentela col defunto/con la defunta:
 _____),

CHIEDE

(essendo a conoscenza che i costi delle singole operazioni sono a carico del richiedente),

il riordinamento:

1) del defunto/della defunta _____,
 data di nascita: _____ luogo di nascita: _____
 data di decesso: _____ luogo di decesso: _____,

attualmente inumato in Campo da funerali/Campo di mineralizzazione,

ai fini:

- cremazione e successiva dispersione fuori cimitero e precisamente: _____;
- cremazione e successiva dispersione in G.d.r
- cremazione e successiva traslazione in Oss. Comune;
- affido ceneri;
- cremazione e successiva tumulazione ceneri in:
 Loc. / Oss. / T.F. _____;
 - e pertanto richiede la concessione della posizione cimiteriale sopra indicata
 - già in mia concessione e già contenuto: _____;
 - altro: _____;
- dell'inumazione in campo di mineralizzazione per anni 5 –
 Campo esiti n. 4 – e successiva tumulazione r.o. in:
 Loc. / Oss. / T.F. _____
 - e pertanto richiede la concessione della posizione cimiteriale sopra indicata
 - già in mia concessione e già contenuto: _____;
 - altro: _____;
- della tumulazione .o. in:
 Loc. / Oss. / T.F. _____
 - e pertanto richiede la concessione della posizione cimiteriale sopra indicata
 ➤ - già in mia concessione e già contenuto: _____;
- della traslazione diretta dei r.o. in Oss. Comune;

☐ richiede che la data e l'orario dell'operazione cimiteriale richiesta venga comunicata al seguente numero telefonico _____;

☐ richiede che il PAGOPA per l'assolvimento delle spese per le operazioni cimiteriali siano trasmesse alla mail: _____;

DICHIARA

- che non vi sono parenti aventi diritto contrari e che il sottoscritto agisce in nome e per conto di tutti gli aventi titolo;
- che s'impegna di comunicare alla ditta di onoranze funebri/marmista di svolgere l'attività qui richiesta, previo accordo con i necrofori comunali e preferibilmente in orario di lavoro degli stessi;
- di assumere a proprio carico il pagamento delle tariffe/canoni previste alla data della presente e di impegnarsi al pagamento entro la data prevista;

ALTRE COMUNICAZIONI:

.

ON. INCARICATA AL TRASPORTO/ADEGUAMENTO LAPIDE: _____.

Malalbergo li, _____

Il / La dichiarante _____

FIRMA NON AUTENTICA, AI SENSI DELL'ART. 38 C. 3 D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto è stato reso edotto sulle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Allegati: ° Copia documento di identità e Codice Fiscale,

° Avanti Diritto al Subentro nella Concessione (in caso di riordino nel Cimitero).

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 (Regolamento Europeo in materia di protezione di dati personali) Le forniamo l'informativa del trattamento dei Suoi dati personali in applicazione degli artt. 13-14 GDPR, che può leggere e si trova pubblicata sul sito web istituzionale del Comune di Malalbergo al seguente link: <https://www.comune.malalbergo.bo.it/it-it/privacy>