



Amministrazione destinataria

Comune di Castel Mella

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi demografici

Domanda di apertura straordinaria di loculo/ossario

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 10/09/1990, n. 285

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

in qualità di

Ruolo (*)

() coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto, persona interessata a dare sepoltura al defunto*

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

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

CHIEDE

l'apertura straordinaria di

- loculo
 ossario

Rimozione lastra

- con rimozione lastra
 senza rimozione lastra

presso il cimitero di Castel Mella

Posizione sepoltura

Numero	Campata
<input type="text"/>	<input type="text"/>

occupato da

Cognome

Nome

--	--

per la tumulazione

Oggetto della tumulazione

- delle ceneri
- dei resti mortali

Data tumulazione

Luogo tumulazione

--	--

del defunto

Cognome

Nome

Codice Fiscale

--	--	--

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

--	--	--	--

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

								<input type="checkbox"/>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------	--

Luogo del decesso

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

								<input type="checkbox"/>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------	--

Data del decesso

--

Data prevista per il rientro delle ceneri o resti mortali

Ora prevista per il rientro delle ceneri o resti mortali

--	--

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 aver preso visione del regolamento cimiteriale

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 documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- 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.

Castel Mella

Luogo

Data

il dichiarante