



Amministrazione destinataria  
Comune di Fogliano Redipuglia

Ufficio destinatario  
Servizio finanziario



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

### in qualità di

Ruolo (\*)

Ruolo (\*)

concessionario, coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto, parente di secondo o terzo grado del 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

la tumulazione di

- ceneri
- resti mortali o resti ossei

Titolo autorizzativo alla esumazione/estumulazione

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numero               | Data                 | Ente                 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### del defunto

|                   |        |           |                  |                 |                |       |       |                              |     |
|-------------------|--------|-----------|------------------|-----------------|----------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome           |        | Nome      |                  |                 | Codice Fiscale |       |       |                              |     |
| Data di nascita   |        | Sesso     | Luogo di nascita |                 | Cittadinanza   |       |       |                              |     |
| Residenza         |        |           |                  |                 |                |       |       |                              |     |
| Provincia         | Comune | Indirizzo |                  | Civico          | Barrato        | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Luogo del decesso |        |           |                  |                 |                |       |       |                              |     |
| Provincia         | Comune | Indirizzo |                  | Civico          | Barrato        | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Data del decesso  |        |           |                  | Ora del decesso |                |       |       |                              |     |

### presso il cimitero

|  |                        |
|--|------------------------|
| Denominazione del cimitero                 |                        |
| Luogo di sepoltura                         |                        |
| <input type="radio"/> fossa                | Posizione di sepoltura |
| <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

la documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da

Cognome

Nome

Codice Fiscale

in qualità di

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale

Tipologia

Sede legale

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Codice Fiscale

Partita IVA

Telefono

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

**pertanto allega copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente**

**pertanto allega copia del documento d'identità del sottoscritto**

*Ruolo (\*):*

titolare, legale rappresentante o incaricato

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)*

pagamento dell'imposta di bollo

copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente

copia del documento d'identità del sottoscritto

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)*

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.