Marca da bollo

Al Comune di Solesino
Servizi Cimiteriali

DOMANDA DI OPERAZIONE CIMITERIALE

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a a_____il_____

residente in _____via _____n. _____

codice fiscale _____telefono _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000 per il caso di dichiarazioni false

DICHIARA

❒ di essere il parente più prossimo al defunto sotto indicato
❒ di avanzare la presente richiesta anche in nome e per conto degli altri parenti con il medesimo grado di parentela

C H I E D E

l'operazione di
esumazione ❒ ordinaria ❒ straordinaria
estumulazione ❒ ordinaria ❒ straordinaria

della salma / resti mortali di _____

nato/a a _____il_____

deceduto/a in_____il_____

sepolto/a in _____nel Cimitero di_____

La successiva sepoltura ❒ già in concessione ❒ di cui chiede la concessione
_____

Il trasporto dei resti/ceneri nel Comune di _____
Incaricato al ritiro_____nato\a_____il_____

Solesino, li _____

Allegata copia del documento di identità del richiedente
_____

(Spazio riservato ad eventuale Impresa di Onoranze Funebri)
La domanda è presentata dalla ditta ……..……., la quale dichiara di agire per conto del richiedente, su suo espresso mandato, per la realizzazione del servizio richiesto.

……..

n° _____Allegati