



Comune di Sorì
Ufficio Servizi Cimiteriali



**Domanda di ingresso ceneri o resti mortali in posto già in concessione
o in tomba di famiglia (inclusa salma)**

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

E del Regolamento comunale di polizia mortuaria

| Il sottoscritto | | | | | | |
|----------------------------|--------|-----------------------------------|------------------|----------------|-----------|-----|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Provincia | |
| Residenza | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | Civico | CAP |
| Telefono cellulare o fisso | | Posta elettronica ordinaria o pec | | | | |
| in qualità di | | | | | | |
| Ruolo (*) | | | | | | |

Ruolo (*): concessionario, coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto, incaricato dell'autorità giudiziaria

CHIEDE

La sepoltura:

| Forma del defunto/a | |
|-----------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> | ceneri |
| <input type="radio"/> | resti mortali o resti ossei |
| <input type="radio"/> | Salma (per tomba di famiglia) |

| Per il defunto/a: | | | | | | |
|-------------------|--------|----------------|------------------|----------------|-----------|-----|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Provincia | |
| Residenza | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | Civico | CAP |
| Data di morte | | Luogo di morte | | | Provincia | |

| Per il defunto/a: | | | | | | |
|-------------------|--------|----------------|------------------|----------------|-----------|-----|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Provincia | |
| Residenza | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | Civico | CAP |
| Data di morte | | Luogo di morte | | | Provincia | |

| | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| Sepolto/a presso il cimitero: _____ | | |
| Luogo di sepoltura | | Posizione di sepoltura |
| <input type="radio"/> | Tomba (solo per sepolture trentennali) | |
| <input type="radio"/> | loculo/colombario | |
| <input type="radio"/> | celletta ossario | |
| <input type="radio"/> | cappella di famiglia | |
| con concessione: | | |
| Numero | Data | Concessionario di riferimento |
| | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> la documentazione è trasmessa dall'agenzia di pompe funebri: _____ | | |
| Rappresentata da: Cognome | | Nome |
| | | |
| in qualità di * <i>Ruolo:</i> titolare, legale rappresentante o incaricato | | |
| Telefono | Posta elettronica ordinaria | |
| | | |
| pertanto allega copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente | | |

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace;

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DICHIARA di avere titolo alla presente richiesta in quanto: | |
| <input type="radio"/> | Concessionario o assenso preventivo e incondizionato da parte del concessionario |
| <input type="radio"/> | Unico ed esclusivo erede del defunto sopra indicato |
| <input type="radio"/> | Unanimità dei coeredi del defunto sopra indicato |
| DICHIARA inoltre: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Di impegnarsi a pagare quanto dovuto al momento delle operazioni richieste |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Di essere a conoscenza e di accettare che resterà invariata la scadenza della concessione |
| Informativa sul trattamento dei dati personali | |
| <small>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</small> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
| Elenco dei documenti allegati: | |
| <input type="radio"/> | Marca da bollo da 16€ |
| <input type="radio"/> | Copia del documento d'identità del richiedente |
| <input type="radio"/> | Altro: _____ |

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

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|
| Parte riservata all'ufficio: | | |
| Data | Autorizzazione | Il Responsabile: |
| | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |