



| | | |
|---|---|--|
|  | Amministrazione destinataria Città di Ronchi dei Legionari Ufficio destinatario Ufficio Necroscopico Cimiteriale |  |
|---|---|--|

Domanda di rilascio o rinnovo di concessione cimiteriale

| Il sottoscritto | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------|--|----------------|------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|-------|---------|-----|-----|
| Cognome | | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | | Sesso | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | | |
| in qualità di | | | | | | | | | | | |
| Ruolo (*) | | | | | | | | | | | |

Ruolo (*):

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

CHIEDE

| <input type="radio"/> | il rilascio della concessione | | | | | | |
|-----------------------|---|---------------------|------|---------------------|--|--|--|
| <input type="radio"/> | il rinnovo della concessione | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">Numero</th> <th style="width: 25%;">Data</th> <th style="width: 50%;">Ente di riferimento</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | Numero | Data | Ente di riferimento | | | |
| Numero | Data | Ente di riferimento | | | | | |
| | | | | | | | |

| per | |
|-----------------------|---|
| Tipo sepoltura | |
| <input type="radio"/> | inumazione (sepoltura sotto terra) |
| <input type="radio"/> | tumulazione (sepoltura in manufatti di cemento) |
| Forma del defunto | |
| <input type="radio"/> | del cadavere |
| <input type="radio"/> | delle ceneri |
| <input type="radio"/> | dei resti mortali o resti ossei |

| del defunto | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------|--|-------------|------------------|-----------------|----------------|--------------|-------|---------|-----|-----|
| Cognome | | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | | Sesso (M/F) | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | | |
| Residenza in vita | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| Luogo del decesso | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| Data del decesso | | | | | Ora del decesso | | | | | | |

presso il cimitero

Denominazione del cimitero

Luogo di sepoltura

Numero manufatto

| | | |
|-----------------------|----------------------|--|
| <input type="radio"/> | fossa | |
| <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) | |

 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 | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

| | |
|----------------|-------------|
| 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

| |
|--|
| |
|--|

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | pagamento dell'imposta di bollo |
| <input type="checkbox"/> | copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità del sottoscritto <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)

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

| | | |
|----------------------|------|----------------|
| Ronchi dei Legionari | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |