

	Amministrazione destinataria Regione Liguria Ufficio destinatario Ufficio test	
--	---	--

Domanda di tumulazione provvisoria di cadavere, ceneri o resti mortali

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
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, titolare della concessione cimiteriale

CHIEDE

la tumulazione provvisoria di

<input type="radio"/>	cadavere
<input type="radio"/>	ceneri
<input type="radio"/>	resti mortali o resti ossari esumati/estumulati
Titolo autorizzativo alla esumazione/estumulazione	
Numero	Data
Ente	

del defunto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita	
Residenza in vita				
Provincia	Comune		Indirizzo	
Luogo del decesso				
Provincia	Comune		Indirizzo	
Data del decesso			Ora del decesso	

all'interno del cimitero di		
Denominazione del cimitero		
Proprietà luogo di sepoltura		
<input type="radio"/>	posto già in concessione	
<input type="radio"/>	loculo	Posizione
<input type="radio"/>	tomba	
<input type="radio"/>	cappella di famiglia	
<input type="radio"/>	tumulo	
<input type="radio"/>	celletta ossario	
<input type="radio"/>	nicchia cineraria	
Titolo autorizzativo		
Numero	Data	Ente di riferimento
<input type="radio"/>	posto messo a disposizione dal comune	
in attesa di tumulazione definitiva in		
Descrizione luogo tumulazione definitiva		

<input type="checkbox"/> 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 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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante