

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI CISTERNA DI LATINA
Settore 3 - Area Tecnica 1
Ufficio Tecnico Cimiteriale**

Oggetto: Richiesta di autorizzazione

per traslazione - **per riduzione resti mortali.**

Il/la sottoscritt___ sig./ra _____ nata a _____
Prov. (___) il ___/___/___, residente a _____ in via
_____ n._____, tel./cell. _____ in qualità di
_____ della salma di _____ nato/a
_____ il ___/___/___ Deceduto/a a _____ il

anche a nome e per conto di tutti gli aventi diritto

CHIEDE

l'Autorizzazione alla **Traslazione** **Riduzione**, della suddetta salma, ricoverata nel Loculo
 Tomba Celletta Ossarieto Campo di inumazione, sito al Lotto ___ Riq. ___ Fila ___
n. _____, per essere traslata nel Cimitero del Comune di _____ Loculo Tomba
Celletta Ossarieto Campo di inumazione sito al Lotto ___ Riq. ___ Fila ___ n. _____
che già ospita la salma di _____ deceduto in data ___/___/___ (**allegare**
concessione) di cui il Concessionario è il sig. _____ (**allegare**
concessione), per i seguenti motivi: _____

Inoltre, consapevole che, in caso di false dichiarazioni verranno applicate le sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA sotto la propria responsabilità

(ai sensi degli artt. 21, 38, 47, del D.P.R. 445/00)

- di aver informato tutti gli aventi diritto della presentazione della su estesa istanza;
- di agire a nome e per conto e con il preventivo consenso di tutti gli interessati, sollevando pertanto questa Amministrazione da eventuali contestazioni che possano sorgere tra gli stessi;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/03 (T.U. Privacy), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cisterna di Latina li _____

Il Richiedente*

Si precisa che per tale operazione è stata incaricata la **Ditta di Onoranze Funebri,**
la quale interverrà, garantendo il rispetto delle
normative di pulizia, igiene e sicurezza dei suoi operatori e nell'incolumità dei visitatori tutti.

Per Accettazione dell'Incarico*

La Ditta

*Allegare copia del documento di identità.

Spazio Riservato All'Ufficio Cimiteriale

Traslazione Riduzione effettuata in data ___/___/___

Esito Riduzione (allegato Verbale) completamente mineralizzata

non completamente decomposta

Firma Incaricato