

Spett.le
Comune di Maracalagonis
Ufficio Tecnico-Servizi Tecnologici

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione alla estumulazione e traslazione di salma/resti mortali (art. 54 e seguenti del Nuovo Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria).

Il/la sottoscritt_____ (cognome e nome)_____, nat_____ a _____ il _____, residente a _____ in via _____ n. _____ civico _____ CAP _____, Codice Fiscale _____, telefono _____

CHIEDE
(barrare solo ciò che interessa):

L'autorizzazione all'estumulazione nel cimitero di Maracalagonis, della salma/resti mortali del defunto:

Nome e Cognome del defunto: _____

Data di nascita: _____ Data di morte: _____

DALLA sepoltura sita nel Nuovo/Vecchio cimitero, Blocco _____ Fila _____ Colonna _____, contrassegnata col n. _____ autorizzata con Concessione cimiteriale n. _____ del _____

ALLA nuova sepoltura sita nel Nuovo/Vecchio cimitero, Blocco _____ Fila _____ Colonna _____, contrassegnata col n. _____ e autorizzata con Concessione cimiteriale n. _____ del _____

E DICHIARA che per i lavori di estumulazione e traslazione è stata incaricata la ditta abilitata:

_____ tel _____.

Allega alla presente :

- Marca da bollo da € 14,62 da applicare alla concessione;
- Ricevuta del pagamento dei diritti di segreteria pari a € 10,00 versata sul ccp n. 16655094 intestato al Comune di Maracalagonis - servizio Tesoreria – causale: Diritti di segreteria per concessione cimiteriale;
- Iscrizione della ditta non antecedente i 3 mesi
- Domanda alla ASL
- Ricevuta del pagamento effettuato sul ccp n. 21780093 di € 21,07 intestato alla ASL 8 – Servizio Tesorerie BNL Cagliari, causale: estumulazione defunto (un bollettino di 21,07 euro per ciascun defunto).

Data _____

IL RICHIEDENTE

Spett.le ASL 8
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Via Turati 4/d
Quartu S.Elena (CA)

c/o Comune di Maracalagonis
Ufficio Tecnico - Servizi Tecnologici

Il/la sottoscritt_____ (cognome e nome)_____, nat___a
_____ il _____, residente a _____ in
via_____ n. civico_____ CAP_____, Codice
Fiscale_____, telefono_____

CHIEDE
(artt. 82,83 e 88 del DPR 285/1990)

L'assistenza all'estumulazione nel cimitero di Maracalagonis, della salma/resti mortali del defunto:

Nome e Cognome del defunto: _____
Data di nascita: _____ Data di morte: _____

DALLA sepoltura sita nel Nuovo/Vecchio cimitero, Blocco _____ Fila _____ Colonna _____,
contrassegnata col n. _____ autorizzata con Concessione cimiteriale n. _____ del _____

ALLA nuova sepoltura sita nel Nuovo/Vecchio cimitero, Blocco _____ Fila _____ Colonna _____,
contrassegnata col n. _____ autorizzata con Concessione cimiteriale n. _____ del _____

E DICHIARA che i lavori di estumulazione e traslazione verranno eseguiti dalla ditta:

_____ tel _____.

Si allega Ricevuta del pagamento effettuato sul ccp n. 21780093 di € 21,07 intestato alla ASL 8 – Servizio
Tesorerie BNL Cagliari, causale: estumulazione defunto (un bollettino di 21,07 euro per ciascun defunto).

Data _____

IL RICHIEDENTE

(Riquadro da compilarsi a cura del Comune)
Autorizzazione all'estumulazione n _____ del _____