

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 \_\_\_\_\_