

	Al Comune di Ufficio destinatario	
--	--	--

Comunicazione di rinuncia alla concessione cimiteriale

Il sottoscritto titolare della concessione					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

COMUNICA

la rinuncia alla concessione

<input type="checkbox"/>	per traslazione
<input type="checkbox"/>	per motivate e straordinarie esigenze
	Motivazione

del luogo di sepoltura ubicato nel cimitero di	
Denominazione del cimitero	
Luogo di sepoltura	Posizione di sepoltura
<input type="checkbox"/> fossa	
<input type="checkbox"/> loculo/colombario	
<input type="checkbox"/> tomba	
<input type="checkbox"/> cappella di famiglia	
<input type="checkbox"/> tumulo	
<input type="checkbox"/> edicola	
<input type="checkbox"/> celletta ossario	
<input type="checkbox"/> nicchia cineraria	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)	

in posto in concessione		
Numero	Data	Ente di riferimento

relativo alla tumulazione del defunto

Forma del defunto

 cadavere ceneri resti mortali o resti ossei

Defunto

Cognome Nome Codice Fiscale

Data di nascita Sesso (M/F) Luogo di nascita Cittadinanza

Residenza in vita

Provincia Comune Indirizzo Civico CAP

Luogo del decesso

Provincia Comune Indirizzo Civico CAP

Data del decesso

Ora del decesso

 ulteriore defunto

Forma del defunto

 cadavere ceneri resti mortali o resti ossei

Defunto

Cognome Nome Codice Fiscale

Data di nascita Sesso (M/F) Luogo di nascita Cittadinanza

Residenza in vita

Provincia Comune Indirizzo Civico CAP

Luogo del decesso

Provincia Comune Indirizzo Civico CAP

Data del decesso

Ora del decesso

 ulteriore defunto

Forma del defunto

 cadavere resti mortali o resti ossei ceneri

Defunto

Cognome Nome Codice Fiscale

Data di nascita Sesso (M/F) Luogo di nascita Cittadinanza

Residenza in vita

Provincia Comune Indirizzo Civico CAP

Luogo del decesso

Provincia Comune Indirizzo Civico CAP

Data del decesso

Ora del decesso

<input type="checkbox"/> ulteriore defunto				
Forma del defunto				
<input type="checkbox"/> cadavere				
<input type="checkbox"/> resti mortali o resti ossei				
<input type="checkbox"/> ceneri				
Defunto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Residenza in vita				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP
Luogo del decesso				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP
Data del decesso		Ora del decesso		
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 documento d'identità <i>(da non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)</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"/>	dichiaro 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 dell'istanza.
--------------------------	---

Luogo	Data	Il dichiarante