



Amministrazione destinataria

Comune di Capranica

Ufficio destinatario

Polizia Municipale



## Domanda di autorizzazione alla esumazione, estumulazione straordinaria o traslazione

*Ai sensi del Decreto dell'articolo 88 del Presidente della Repubblica 10/09/1990, n. 285*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

### in qualità di

Ruolo (\*)

Ruolo (\*)

concessionario, coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto, parente di secondo o terzo grado del defunto

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione

- all'esumazione straordinaria
- all'estumulazione straordinaria
- alla traslazione

#### Forma del defunto

- del cadavere
- delle ceneri
- dei resti mortali o resti ossei

## del defunto

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

## inumato/tumulato presso il cimitero

Denominazione del cimitero

Luogo di sepoltura

- fossa
- loculo/colombario
- tomba
- cappella di famiglia
- tumulo
- edicola
- celletta ossario
- nicchia cineraria
- altro (specificare)

Posizione di sepoltura

  
  
  
  
  
  
  

## con concessione

Numero

Data

Ente di riferimento

## allo scopo di

Motivazione dell'esumazione/estumulazione straordinaria

- cremarlo
- traslarlo in altra sepoltura collocata
- nello stesso cimitero
  - in altro cimitero (specificare)

**allega domanda di tumulazione in posto già in concessione**

- affidare le ceneri
- disperdere le ceneri
- altra motivazione (specificare)

Descrizione motivazione

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che il defunto

- non è deceduto per malattia contagiosa
- è deceduto per malattia contagiosa

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

Piano

SNC

CAP

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 (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- domanda di tumulazione in posto già in concessione
- pagamento dell'imposta di bollo
- copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente
- copia del documento d'identità del sottoscritto  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)*
- altri allegati

### 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)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Capranica

Luogo

Data

il dichiarante