



COMUNE DI SAN GIOVANNI INCARICO

PROVINCIA DI FROSINONE

www.comunesangiiovanniincarico.fr.it

Piazza Umberto I, n. 15 – 03028 San Giovanni Incarico (FR) – Tel. 0776.549801 - P. Iva 00282020601

- UFFICIO SERVIZI TECNICI -

DIRITTI DI SEGRETERIA Euro 10,00

- Reg. N° _____ del _____

AL SIG. **SINDACO**
del Comune di
SAN GIOVANNI INCARICO

OGGETTO: Richiesta di Estumulazione e Tumulazione.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il

--	--

--	--

--	--	--	--

Giorno Mese Anno

Codice Fiscale:

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

 e residente

a _____ Via _____ n° _____

Tel. _____ in qualità di _____

(Parentela con il defunto)

Del/Della **defunto/a** _____

Nato/a a _____ il

--	--

--	--

--	--	--	--

Giorno Mese Anno

e deceduto/a a _____ il

--	--

--	--

--	--	--	--

Giorno Mese Anno

Consapevole delle Sanzioni Penali

Richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi;

DICHIARA

(Ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Al fine del rilascio dell'**Autorizzazione** in oggetto di avere la disponibilità di:

Loculi Cimiteriali distinti con: il N. _____ Fila _____ Prosp. _____ Blocco _____
Campo _____ Zona _____ ;

Cappella Gentilizia o **Edicola Funeraria** con il N. _____ Campo _____ Gruppo _____
Lato(Muro Perimetrale) _____ Zona _____ Intestata Famiglia: _____

Loculo_(0,80x0,80) **Loculo**_(2,20x0,70) **Fornetto**(Ossario/Cinerario) distinto con il N. _____ Fila _____ Lato _____ ;

Fornetti Cinerari/Ossari ubicati nella Zona "B" del Cimitero Comunale e distinti con:
il N. _____ Fila _____ Prosp. _____ ;

in **qualità** di:

- CONCESSIONARIO** (con Atto N. ____ Anno _____) ;
- EREDE UNICO DEL CONCESSIONARIO** Sig. _____
(Atto N. ____ Anno _____) erede diretto in qualità di _____
(Parentela con il Concessionario)
- COERED E DEL CONCESSIONARIO** Sig. _____
(Atto N. ____ Anno _____) erede diretto in qualità di _____
(Parentela con il Concessionario)
- N. ____ **DEI COEREDI DEL CONCESSIONARIO** in qualità di _____
(Parentela con il Concessionario)
- Si Allegano Deleghe dei Coeredi del Concessionario** (*Obbligatorio per il rilascio dell'Autorizzazione*).

C H I E D E

di essere **Autorizzato/a** a procedere alla:

Riduzione dei resti della salma del defunto

Si No

1) **Estumulazione**: della salma del **defunto** dal:

Loculi Cimiteriali distinti con: il N. ____ Fila ____ Prosp. ____ Blocco ____
Campo ____ Zona ____ ;

Cappella Gentilizia o **Edicola Funeraria** con il N. ____ Campo ____ Gruppo ____
Lato(Muro Perimetrale) ____ Zona ____ Intestata Famiglia: _____

Loculo(0,80x0,80) **Loculo**(2,20x0,70) **Fornetto**(Ossario/Cinerario) distinto con il N. ____ Fila ____ Lato ____ ;

Fornetti Cinerari/Ossari ubicati nella Zona "B" del Cimitero Comunale e distinti con:
il N. ____ Fila ____ Prosp. ____ ;

2) e alla relativa **Tumulazione** della salma del defunto predetto, nel Loculo, **Dichiarato** dal richiedente (*Ai sensi degli Art. 47 e 76 del DPR 445/2000*) dal richiedente.

San Giovanni Incarico, ____ / ____ / _____

Si allega (obbligatoriamente) alla presente:

- a) *Copia Carta d'Identità del Richiedente e Codice Fiscale;*
b) *Versamento per il Servizio di Estumulazione e Tumulazione*
(così come stabilito dalla DGC N. 23 del 30.03.2018).

(Firma del Richiedente)

COMUNE DI SAN GIOVANNI INCARICO (Provincia di Frosinone)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Visto quanto sopra, Autorizza la Estumulazione /Esumazione, traslazione della salma e riduzione dei resti del defunto di cui sopra, sotto l'osservanza delle vigenti normative ed alla presenza, alle relative operazioni, del Custode del cimitero e a due testimoni.

San Giovanni Incarico, _____

Timbro
del
Comune

IL RESP. DEL SERVIZIO