

Amministrazione destinataria

Regione Molise

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

Domanda di tumulazione provvisoria di cadavere, ceneri o resti mortali

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 (*)

coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto, titolare della concessione cimiteriale

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

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

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la tumulazione provvisoria di

- cadavere
- ceneri
- resti mortali o resti ossari esumati/estumulati

Numero

Data

Ente

--	--	--

del defunto

Cognome	Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
Residenza				Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune	Indirizzo						<input type="checkbox"/>	
Luogo del decesso				Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune	Indirizzo						<input type="checkbox"/>	
Data del decesso			Ora del decesso						

all'interno del cimitero di

Denominazione del cimitero		
Proprietà luogo di sepoltura		
<input type="radio"/> posto già in concessione	Luogo di sepoltura	Posizione
<input type="radio"/> loculo		
<input type="radio"/> tomba		
<input type="radio"/> cappella di famiglia		
<input type="radio"/> tumulo		
<input type="radio"/> celletta ossario		
<input type="radio"/> nicchia cineraria		
Titolo autorizzativo		
Numero	Data	Ente di riferimento
<input type="radio"/> posto messo a disposizione dal comune		

in attesa di tumulazione definitiva in

Descrizione luogo tumulazione definitiva		

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

Elenco degli allegati

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

- 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.

Campobasso

Luogo

Data

Il dichiarante