

| | |
|------------------------|-------------------------------|
| Marca da Bollo € 16,00 | Spazio per Ufficio Protocollo |
|------------------------|-------------------------------|

**All'Ufficio di Polizia Mortuaria
del Comune di Castelfranco Emilia - MO**

RICHIESTA

RINNOVO

| | |
|------------------|-------|
| Anni | _____ |
| Conc. / Rinn. C. | _____ |
| Dir. Segr. | _____ |
| Spese Reg. | _____ |
| Totale | - € |

| | | | |
|---|--|--------|--|
| Il/la sottoscritto/a | | | |
| Nato/a a | | il | |
| Residente a | | in via | |
| Codice fiscale | | tel. | |
| In qualità di * | | e-mail | |
| <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> | | | |
| Il/la sottoscritto/a | | | |
| Nato/a a | | il | |
| Residente a | | in via | |
| Codice fiscale | | tel. | |
| In qualità di * | | e-mail | |

* indicare il grado di parentela rispetto al defunto da tumulare

Già concessionario/a/i In qualità di erede dell'intestatario della concessione cimiteriale medesima
Sig./Sig.ra _____ già concessionario/a

da compilarsi a cura dell'ufficio di Polizia Mortuaria

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----------|--------------------------|-------------------|--------------------------|---------|--------------------------|-----------------|--|
| Del Loculo N. | | Singolo | <input type="checkbox"/> | Doppio | <input type="checkbox"/> | Ossario | <input type="checkbox"/> | Arcata/Galleria | |
| Tomba di Famiglia | | Cimitero | | Atto Prot. / Rep. | | del | | | |
| per uso del/la defunto/a | | | | | | | deceduto/a il | | |

CHIEDE/ONO

Ai sensi dell'art. 90 e seg. del D.P.R. 285/90 e dell'art. 11 e seg. del Regolamento Comunale Polizia Mortuaria

La concessione del diritto d'uso del
Il rinnovo per la durata di anni 20 con scadenza il _____ della concessione cimiteriale relativa al

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|---------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Loculo N. | | Singolo | <input type="checkbox"/> | Doppio | <input type="checkbox"/> | Ossario | <input type="checkbox"/> | Marmo | <input type="checkbox"/> | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Arcata/Galleria | | Piano | | Tomba di Famiglia | | Cimitero | | | | | | | |

per uso tumulazione:

| | | | |
|------------------|--|----|--|
| Del/la defunto/a | | | |
| Nato/a a | | il | |
| Deceduto/a a | | il | |

Per la sopracitata concessione il richiedente SI IMPEGNA A VERSARE entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda di concessione cimiteriale la somma di: _____ - €

Castelfranco Emilia, _____

Ricev. Pagam. nr. _____ del _____

Allegati: Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria