

**Amministrazione destinataria**

Comune di Brignano Frascata

Ufficio destinatario

Servizi demografici

**Domanda di rilascio o rinnovo di concessione cimiteriale****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	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 della concessione in prenotazione
- ☐ il rilascio della concessione
- ☐ il rinnovo della concessione

Numero	Data	Ente

per

Tipo sepoltura

- ☐ inumazione (sepoltura sotto terra)
- ☐ tumulazione (sepoltura in manufatti di cemento)

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				
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									☐	
Luogo del decesso										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									☐	
Data del decesso					Ora del decesso					

presso il cimitero

Denominazione del cimitero	
Luogo di sepoltura	Posizione di sepoltura
☐ fossa	
☐ loculo/colombario	
☐ tomba	
☐ cappella di famiglia	
☐ tumulo	
☐ edicola	
☐ celletta ossario	
☐ nicchia cineraria	
☐ altro <i>(specificare)</i>	

☐ 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	Interno	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)

- ☒ 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.

Brignano

Luogo

Data

il dichiarante