

marca
da bollo
€ 16,00

Spett.le **Comune di
Sant'Agata Bolognese**
40019 Sant'Agata Bolognese
PEC: comune.santagatabolognese@cert.provincia.bo.it
p.c. mail sportellometropolitano@bolognaservizicimiteriali.it

OGGETTO: Richiesta di estumulazione straordinaria

Il/la sottoscritto/a _____

Cod.Fisc. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a a _____

il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ tel. _____

indirizzo mail per trasmissione avviso di pagamento _____

a conoscenza di quanto previsto dal vigente regolamento comunale di polizia mortuaria del Comune di Sant'Agata Bolognese ed ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- di agire in qualità di avente causa del defunto _____ e in qualità di
(cognome e nome del defunto)

_____ ¹ del concessionario _____ col consenso
(cognome e nome del concessionario)

di tutti gli altri eventuali aventi causa, grado di parentela con il/la

defunto/a _____, in nome proprio e per conto di _____

lasciando il Comune di Sant'Agata Bolognese estraneo ad ogni contestazione o azione che ne
conseguia;

- di assumere a proprio carico le spese relative e di impegnarsi a pagarle entro la data prescritta;

1 Indicare il vincolo di parentela rispetto al concessionario o altro titolo a intervenire.

RICHIEDE

di provvedere all'estumulazione straordinaria della salma/dei resti mortali/delle ceneri² di _____ (rapporto di parentela _____) nato/a a _____ il _____ deceduto/a il _____, tumulata/i presso il cimitero di: _____ lotto/arcata _____ fila dal basso _____ loculo/ossario n. _____ disponendo:

la **traslazione** della salma³ in loculo n. _____ fila dal basso _____ lotto/arcata _____ Cimitero _____/ Tomba di famiglia _____ del Cimitero _____.

che i **resti estumulati**

1) in caso di completa mineralizzazione siano (BARRARE LA PROPRIA DISPOSIZIONE):

collocati nell'ossario comune del Cimitero;

collocati in loculo o manufatto n. _____ lotto/arcata _____ fila dal basso _____ in concessione a _____ : _____ Note: _____

avviati a cremazione, pertanto, il sottoscritto richiede il rilascio dell'autorizzazione al trasporto ed alla CREMAZIONE dei resti. A tal fine incarica la Ditta _____ ad essere presente al momento dell'estumulazione e ad effettuare il trasporto per la cremazione.

trasportati verso altro cimitero, pertanto, il sottoscritto richiede il rilascio dell'autorizzazione al trasporto nel Cimitero _____ del Comune di _____.

2) in caso di incompleta mineralizzazione siano (BARRARE LA PROPRIA DISPOSIZIONE):

inumati in una fossa del Cimitero per ulteriori 5 anni;

avviati a cremazione, pertanto, il sottoscritto richiede il rilascio dell'autorizzazione al trasporto ed alla CREMAZIONE della salma non mineralizzata/resti mortali. A tal fine incarica la Ditta _____ ad essere presente al momento dell'estumulazione e ad effettuare il trasporto per la cremazione.

In caso di **cremazione/estumulazione ceneri** si richiede che:

1. siano tumulate nel loculo/ossario posto in _____ fila, della Tomba di Famiglia _____, lotto/arcata _____ Cimitero di _____;

2 Cancellare i casi che non interessano.

3 Se tumulata da meno di 20 anni.

2. siano tumulate nel loculo/ossario n. _____ posto in _____ fila, lotto/arcata _____ del Cimitero di _____;
3. siano affidate a _____, previa presentazione di apposita istanza;
4. siano disperse in _____, previa presentazione di apposita istanza;

Il sottoscritto comunica infine che sarà presente non sarà presente alle operazioni di estumulazione.

A tal fine dichiara di essere edotto che in ogni caso le operazioni preliminari (consistenti, a titolo di esempio in rimozione della lastra di chiusura, demolizione parziale o integrale del setto di chiusura ecc.) potranno essere svolte anche in sua assenza.

- Si allega/Non si allega alla presente copia del contratto di concessione

- Si allega n. 1 marca da bollo per il rilascio dell'autorizzazione dell'estumulazione straordinaria, (oltre al bollo apposto sulla presente richiesta)

_____, li _____

FIRMA NON AUTENTICATA, AI SENSI DELL'ART. 21C.1 DEL DPR 445/2000

Allega copia fotostatica del documento di identità.

Il sottoscritto è edotto delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000, nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg.to Eu 2016/679.

La informiamo che i suoi dati saranno trattati in conformità alla normativa sulla tutela dei dati personali da personale debitamente incaricato per finalità di adempimento contrattuale ed obbligo di legge e conservati per il tempo necessario ad eseguire la prestazione ed adempiere gli obblighi di legge. In qualunque momento Lei potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15-22 Reg. Eu 2016/679.

Il Dichiarante

PER ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA DI ESTUMULAZIONE/ESUMAZIONE : TUTTI GLI ALTRI PARENTI DI PARI GRADO DEL DEFUNTO:

COGNOME NOME _____ FIRMA _____

COGNOME NOME _____ FIRMA _____

COGNOME NOME _____ FIRMA _____

COGNOME NOME _____ FIRMA _____

COGNOME NOME _____ FIRMA _____

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI TUTTI