Amministrazione destinataria Regione Basilicata

Ufficio destinatario Ufficio protocollo



Domanda di tumulazione di ceneri o resti mortali in posto già in concessione

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 10/09/1990, n. 285

Il sottoscritto														
				T.			lour. Frank							
Cognor	ne				Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita					Cittadinanza					
Reside	nza		<u> </u>	I										
	Provincia Comune			Indirizzo	Indirizzo Civico			Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP		
Telefono cellulare Telefono fisso			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata								
in qu	ualit	à di												
Ruolo (
Ruolo														
coniug	e del	defunto, convi	vente del de	efunto, esecuto	ore testar	mentario del	defunto, figlio	del defur	ito, genit	ore del d	efunto, ti	tolare de	lla concessione	
cimiter	iale													
						CHI	EDE							
la tun	าเปลร	zione di												
	cene	eri												
0	resti	i mortali o re	sti ossei											
	Titolo	autorizzativo alla e	sumazione/estu	umulazione										
	Nume				Ente									
del d	lefu	nto												
Cognor	ne				Nome				Codice Fiscale					
Data di nascita Sesso (M/F)			Luogo di nascita			Cittadinanza								
Duta di	nason	<u>u</u>		GCSSG (IIII)	Luogo di nascita			Vitamilanza						
Reside					Latitude (Control of Control of C			Dameta	Casta	Interno	CNC	CAR		
Provinc	:ia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
Luogo	del dec	cesso												
Provinc	ia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
Data d	l alc -					One did di			L	<u> </u>				
Data de	dece:	SSO				Ora del deces	iso							
		l cimitero												
Denominazione del cimitero														
Luogo di sepoltura Posizione di sepoltura														
fossa														
	locu	lo/colombari	io											
	toml	ha												
	COITH	va												

0	cappella di famiglia									
0	tumulo									
0	edicola									
0	celletta ossario									
0	nicchia cineraria									
0	altro (specificare)									
in n	osto già in concessione									
Nume		Data		Ente di riferiment	to					
n. 4										
□la	documentazione è trasi	messa dall'age	nzia rapprese	ntata da						
Cogno	ome	N	ome			Codice Fis	cale			
in q	ualità di									
	()									
Denon	ninazione/Ragione sociale					Tipologia				
Sede I Provin		lr	ndirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno S	NC	CAP
Codice	e Fiscale			Partita IVA						
Telefo	no	P	osta elettronica ordinar	ia		Posta elet	tronica cer	tificata		
10.011	lanta allana aspis dal m		40 0 0 0 44 0 0 0 1144		4		مامامان	al a sa t a		
_	anto allega copia del me				a autogi	rata dai	ricnie	aente		
_	pertanto allega copia del documento d'identità del sottoscritto									
Ruolo (*): titolare, legale rappresentante o incaricato										
Eventu	uali annotazioni									
1										
			Elenco de	gli allegati						
	· ·	arrare tutti gli allegati r		_	oratica ed el	lencati sul _l	portale)			
<u> </u>	pagamento dell'imposta	di bollo	ichiesti in fase di pres	entazione della p			portale)			
	pagamento dell'imposta copia del modulo compila	di bollo ato e sottoscritt	ichiesti in fase di pres o con firma auto	entazione della p			portale)			
Y	pagamento dell'imposta	di bollo ato e sottoscritto lentità del sotto	o con firma auto	entazione della p ografa dal ric	chieden	te		ori)		

altri allegati (specificare)						
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)						
		ei dati personali pubblicata sul sito internet delle informazioni trasmesse all'atto della				
<u>'</u>						
Luogo	Data	II dichiarante				