

**Amministrazione destinataria**

Comune di San Pietro di Cadore

**Ufficio destinatario**

Ufficio Tecnico

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

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				

**in qualità di**

Ruolo (\*)

Ruolo (\*)

cessionario, 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Luogo del decesso									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Data del decesso					Ora del decesso				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				

## presso il cimitero

Denominazione del cimitero	
<input type="text"/>	
Luogo di sepoltura	Posizione di sepoltura
<input type="radio"/> fossa	<input type="text"/>
<input type="radio"/> loculo/colombario	<input type="text"/>
<input type="radio"/> tomba	<input type="text"/>
<input type="radio"/> cappella di famiglia	<input type="text"/>
<input type="radio"/> tumulo	<input type="text"/>
<input type="radio"/> edicola	<input type="text"/>
<input type="radio"/> celletta ossario	<input type="text"/>
<input type="radio"/> nicchia cineraria	<input type="text"/>
<input type="radio"/> altro (specificare)	<input type="text"/>

la documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da

Cognome	Nome	Codice Fiscale							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
in qualità di									
Ruolo									
<input type="text"/>									
Denominazione/Ragione sociale		Tipologia							
<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Sede legale									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale					Partita IVA				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			

**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.

San Pietro di Cadore

Luogo

Data

il dichiarante