



Amministrazione destinataria  
Comune di Sestri Levante

Ufficio destinatario  
Servizi Demografici



## 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

|                    |                |                             |                  |        |                               |       |       |                              |     |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|--------|-------------------------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome            |                | Nome                        |                  |        | Codice Fiscale                |       |       |                              |     |
| Data di nascita    |                | Sesso                       | Luogo di nascita |        | Cittadinanza                  |       |       |                              |     |
| Residenza          |                | Indirizzo                   |                  | Civico | Barrato                       | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Provincia          | Comune         |                             |                  |        |                               |       |       |                              |     |
| 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

la tumulazione di

- ceneri
- resti mortali o resti ossei

**Titolo autorizzativo alla esumazione/estumulazione**

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numero               | Data                 | Ente                 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### del defunto

|                   |        |           |                  |                 |                |       |       |                          |     |
|-------------------|--------|-----------|------------------|-----------------|----------------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome           |        | Nome      |                  |                 | Codice Fiscale |       |       |                          |     |
| Data di nascita   |        | Sesso     | Luogo di nascita |                 | Cittadinanza   |       |       |                          |     |
| Residenza         |        | Indirizzo |                  | Civico          | Barrato        | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
| Provincia         | Comune |           |                  |                 |                |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Luogo del decesso |        | Indirizzo |                  | Civico          | Barrato        | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
| Provincia         | Comune |           |                  |                 |                |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Data del decesso  |        |           |                  | Ora del decesso |                |       |       |                          |     |

### 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"/>   |

### in posto già in concessione

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numero               | Data                 | Ente di riferimento  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

#### DICHIARA

- di avere avuto il preventivo e incondizionato assenso da parte del titolare della concessione
- di essere a conoscenza e di accettare che resterà invariata la scadenza della concessione

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

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.