// COMUNE DI SAN GIOVANNI INCARICO

PROVINCIA DI FROSINONE

www.comunesangiovanniincarico.fr.it

Piazza Umberto I, n. 15 – 03028 San Giovanni Incarico (FR) – Tel. 0776.549801 - P. Iva 00282020601

- UFFICIO SERVIZI TECNICI -

DIRITTI DI SEGRETERIA **Euro 10,00**

- **R**eg. **N°** __________ del ___________________

AL SIG. **SINDACO**
del Comune di
SAN GIOVANNI INCARICO

OGGETTO: Richiesta di Estumulazione e Tumulazione fuori comune .

Il/La sottoscritto/a ____

Nato/a a ____ il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Giorno Mese Anno

Codice Fiscale: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ e residente

a ____________________________________ Via __________________________ n° _____

Tel. _______________________ in qualità di ______________________________________
(Parentela con il defunto)

Del/Della **defunto**/a ____

Nato/a a ____ il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Giorno Mese Anno

e deceduto/a a ___________________________________ il ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Giorno Mese Anno

Consapevole delle Sanzioni Penali
Richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi;

DICHIARA

(Ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Al fine del rilascio dell'**Autorizzazione** in oggetto di avere la disponibilità di:

☐ **Loculo Cimiteriale** N. ______ nel Cimitero del Comune di ______________________________ ;

****

☐ **Cappella Gentilizia** N. ______ nel Cimitero del Comune di ______________________________ ;

****

☐ **Fornetti Cinerario/Ossario** N. ______ nel Cimitero del Comune di _________________________ ;

C H I E D E

di essere **Autorizzato/a** a procedere alla:

Riduzione dei resti della salma del defunto
Si ☐ No ☐

1) <u>Estumulazione</u>: della salma del **defunto** dal:

☐ **<u>Loculi Cimiteriali</u>** distinti con: il N. _____ Fila _____ Prosp. _____ Blocco _____ Campo _____ Zona _____ ;

****

☐ **<u>Cappella Gentilizia</u>** o ☐ **<u>Edicola Funeraria</u>** con il N. _____ Campo _____ Gruppo _____ Lato(Muro Perimetrale) _____ Zona _____ Intestata Famiglia: _____

_____

☐ **Loculo**(0,80x0,80) ☐ **Loculo**(2,20x0,70) ☐ **Fornetto**(Ossario/Cinerario) distinto con il N. _____ Fila _____ Lato _____;

****

☐ **<u>Fornetti Cinerari/Ossari</u>** ubicati nella Zona "B" del Cimitero Comunale e distinti con: il N. _____ Fila _____ Prosp. _____ ;

2) e alla **<u>Tumulazione</u>** nel Cimitero di _____ nel Loculo, <u>Dichiarato</u> dal richiedente *(Ai sensi degli Art. 47 e 76 del DPR 445/2000)* dal richiedente.

San Giovanni Incarico, _____ / _____ / _____

_____
(Firma del Richiedente)

<u>Si allega (obbligatoriamente) alla presente</u>:

a) Copia Carta d'Identità del Richiedente e Codice Fiscale

b) Versamento per il Servizio di Estumulazione;
- **Euro 40,00** per l'Estumulazione da Loculi Frontali
- **Euro 60,00** per l'Estumulazione da Loculi Orizzontali
- **Euro 20,00** per l'Estumulazione da Fornetti Cinerari/Ossari;

c) Copia dell'Autorizzazione al Trasporto della Salma;

COMUNE DI SAN GIOVANNI INCARICO
(Provincia di Frosinone)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Visto quanto sopra, Autorizza la Estumulazione /Esumazione, traslazione della salma e riduzione dei resti del defunto di cui sopra, sotto l'osservanza delle vigenti normative ed alla presenza, alle relative operazioni, del Custode del cimitero e a due testimoni.

San Giovanni Incarico, _____ **IL RESP. DEL SERVIZIO**

Timbro del Comune