

**Amministrazione destinataria**

Comune di Lastra a Signa

**Ufficio destinatario**

Ufficio Protocollo

**Domanda di tumulazione provvisoria di cadavere, ceneri o resti mortali****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              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
|                      |                      |                             |                      |                               | Scala                |
|                      |                      |                             |                      |                               | Piano                |
|                      |                      |                             |                      |                               | SNC                  |
|                      |                      |                             |                      |                               | CAP                  |
|                      |                      |                             |                      |                               |                      |
| 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 (*)            |
| <input type="text"/> |

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

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

**CHIEDE**

la tumulazione provvisoria di

- ☐ cadavere  
☐ ceneri  
☐ resti mortali o resti ossari esumati/estumulati

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| 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

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Luogo del decesso

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Data del decesso

Ora del decesso

## all'interno del cimitero di

Denominazione del cimitero

Proprietà luogo di sepoltura

☐ posto già in concessione

Luogo di sepoltura

☐ loculo

☐ tomba

☐ cappella di famiglia

☐ tumulo

☐ celletta ossario

☐ nicchia cineraria

Posizione

Titolo autorizzativo

Numero

Data

Ente di riferimento

☐ posto messo a disposizione dal comune

## in attesa di tumulazione definitiva in

Descrizione luogo tumulazione definitiva

☐ 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

Interno

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)*

☐ 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.

Lastra a Signa

Luogo

Data

il dichiarante