



**Amministrazione destinataria**

Comune di Buttrio

**Ufficio destinatario**

Ufficio demografici



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

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
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**

il rilascio della concessione in prenotazione  
 il rilascio della concessione  
 il rinnovo della concessione

Numero	Data	Ente

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

## presso il cimitero

Denominazione del cimitero

Luogo di sepoltura

fossa

loculo/colombario

tomba

cappella di famiglia

tumulo

edicola

celletta ossario

nicchia cineraria

altro (*specificare*)

Posizione di sepoltura

## la documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da

Cognome		Nome			Codice Fiscale							
in qualità di		Ruolo		Denominazione/Ragione sociale							Tipologia	
Sede legale		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP		
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>			
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.

Buttrio

Luogo

Data

il dichiarante