



COMUNE DI SEGNI

Città Metropolitana di Roma Capitale

Al Comune di Segni
Servizi Cimiteriali

RICHIESTA TUMULAZIONE SALMA

Il/ la sottoscritto/a

nato/a a prov..... il.....

n. documento di identità.....

residente a, via/piazza n.

tel., Cellulare,

e-mail,

Cod. Fiscale

nella sua qualità di avente diritto (specificare)

della concessione agli atti rep n. stipulata in data

relativa al manufatto cimiteriale sito nel cimitero comunale:

settore

blocco

fila

loculo

CHIEDE

l'autorizzazione alla tumulazione della salma del defunto
nato a, il
deceduto a il
rapporto di parentela con il concessionario

DICHIARA

- Di impegnarsi a sostenere tutti gli oneri economici previsti dal Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria, che le operazioni cimiteriali comporteranno;
- Di agire in nome e per conto e col preventivo consenso di tutti gli interessati e che in ogni caso l'Amministrazione s'intenderà e resterà estranea all'azione che ne consegue e, pertanto, di sollevare e tenere indenne il Comune da ogni e qualsiasi responsabilità derivante da pretese o recriminazioni che dovessero essere sollevate da terzi con riferimento alla suddette operazione cimiteriale;
- Di accettare le condizioni e le prescrizioni normative e regolamentari in materia;
- Di allegare copia di un documento di identità

Segni,

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs 101/2018 recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo: i dati da Lei forniti saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza e per le finalità strettamente connesse. Lei può in ogni momento esercitare il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione e cancellazione dei dati così come previsto dall'art 7 del D.Lgs. 196/2003.

Segni,

Firma

VISTO SI APPROVA

il Responsabile dei Servizi Cimiteriali



COMUNE DI SEGNI

Città Metropolitana di Roma Capitale

**Al Comune di Segni
Servizi Cimiteriali**

RICHIESTA TUMULAZIONE SALMA (in caso di decesso del concessionario)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a prov il

residente a

Via n.

Tel. Cellulare

E-mail

Cod. Fiscale

nella sua qualità di avente diritto (specificare)

Firma 1

Dichiara/no, altresì, di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Decreto legislativo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs 101/2018 recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo: che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma 1

Il/la sottoscritto/a
nato/a a prov il
residente a
Via n.
Tel. Cellulare
E-mail
Cod. Fiscale
nella sua qualità di avente diritto (specificare)

Firma 2

Dichiara/no, altresì, di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Decreto legislativo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs 101/2018 recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo: che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma 2

Il/la sottoscritto/a
nato/a a prov il
residente a
Via n.
Tel. Cellulare
E-mail
Cod. Fiscale
nella sua qualità di avente diritto (specificare)

Firma 3

Dichiara/no, altresì, di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Decreto legislativo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs 101/2018 recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo: che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma 3

DICHIARANO

consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni mendaci non veritiere, di cui all'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità l'assenso alla operazione cimiteriale di tumulazione della salma del defunto

nato a, il

deceduto a il

rapporto di parentela con il concessionario

relativa al manufatto cimiteriale sito nel cimitero comunale:

settore

blocco

fila

loculo

Segni,

Firme

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento di ciascuno dei dichiaranti.

VISTO SI APPROVA

il Responsabile dei Servizi Cimiteriali