



# COMUNE DI SEGNI

Città Metropolitana di Roma Capitale

Al Comune di Segni  
Servizi Cimiteriali

## RICHIESTA ESTUMULAZIONE SALMA (CAPPELLA/TOMBA DI FAMIGLIA)

Il/la sottoscritto/a .....

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

n. documento di identità .....

residente a .....

Via ..... 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, così identificato:

settore .....

blocco .....

fila .....

loculo .....

## CHIEDE

l'autorizzazione alla estumulazione della salma del defunto

.....nato a ..... il .....

deceduto a ..... il .....

rapporto di parentela con il concessionario .....

e l'eventuale successiva:

    ) Raccolta dei resti ossei in cassetta di zinco chiusa con saldatura (ex D.P.R. 285/90) in caso di mineralizzazione della salma

    ) Cremazione dei resti

## 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