

Marca da Bollo € 16.00



**AZIENDA PLURISERVIZI
MONTEROTONDO
SERVIZIO CIMITERIALE**

MODELLO TRm 01	PROTOCOLLO	
	NUMERO	DATA

RICHIESTA CONCESSIONE LOCULO POST MORTE E AUTORIZZAZIONE ALLA TUMULAZIONE DEI RESTI MORTALI

RICHIEDENTE	COGNOME			NOME		
	LUOGO DI NASCITA		PROVINCIA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	
	TELEFONI FISSO		TELEFONO CELLULARE		MAIL	
	COMUNE DI RESIDENZA		PROVINCIA	VIA/PIAZZA		CIVICO
	IN QUALITA' DEL (RAPPORTO DI FAMILIARITA' CON IL DEFUNTO DI SEGUITO GENERALIZZATO)					
DEFUNTO	COGNOME			NOME		
	LUOGO DI NASCITA		PROVINCIA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	
	LUOGO DI DECESSO		PROVINCIA	DATA DI DECESSO	ORA DI DECESSO	
	AGENZIA FUNEBRE INCARICATA AL TRASPORTO			MAIL	TELEFONO	
AGENZIA	REFERENTE INCARICATO AL TRASPORTO		TELEFONO	DIMENSIONI MASSIME FERETRO (IN CM)		
				LARGHEZZA	LUNGHEZZA	ALTEZZA

CHIEDE

a norma del vigente Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria e Cimiteriale,

la concessione di un loculo e l'autorizzazione ad ivi tumulare i resti mortali del defunto suindicato nel Cimitero Comunale a fianco indicato:

- Cimitero monumentale di Via G. Mazzini
 Cimitero Via L. Einaudi

Consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e delle sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA,

che il defunto al momento del decesso era in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti richiesti all'Articolo 5 del Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria per la tumulazione della salma nel Comune di Monterotondo,

<input type="checkbox"/>	Comma 1 lett. a) residente nel comune di Monterotondo al momento del decesso;	<input type="checkbox"/>	Comma 2 lett. b) non residente al momento del decesso che ha mantenuto la residenza in vita nel Comune di Monterotondo per almeno 25 anni anche non continuativi ovvero che in vita ha trasferito la propria residenza in altro Comune per essere accolto/a in casa di riposo o di cura a lunga degenza
<input type="checkbox"/>	Comma 1 lett. b) deceduto/a nel territorio comunale;		
<input type="checkbox"/>	Comma 1 lett. c) nato/a morto nel territorio comunale/prodotto del concepimento di cui all'art. 7 del DPR n. 285 del 10 settembre 1990;		
<input type="checkbox"/>	Comma 2 lett. a) nato/a nel Comune di Monterotondo o in altro Comune da genitori di cui almeno uno residente nel Comune di Monterotondo al momento della nascita	<input type="checkbox"/>	Comma 2 lett. d) deceduto/a all'estero ma iscritto/a in vita all'anagrafe degli Italiani residenti all'estero del Comune di Monterotondo (AIRE).

CHIEDE

che la tumulazione abbia luogo presso il Cimitero Comunale sopra indicato il giorno _____ alle ore _____

Il richiedente è a conoscenza del fatto che, per consentire le operazioni di tumulazione della salma, questa dovrà arrivare presso il Cimitero comunale entro, e non oltre, le ore 16.00 nel periodo invernale (dal 01 ottobre al 31 marzo), e le ore 17.00 nel periodo estivo (dal 01 aprile al 30 settembre), e che, nell'eventualità di ritardi superiori a 15 minuti, la salma verrà depositata presso la camera mortuaria del Cimitero e tumulata nella mattinata del giorno successivo

LUOGO _____ DATA _____ FIRMA RICHIEDENTE _____