

**COMUNE DI CASTEL GUELFO
DI BOLOGNA**

Servizi Cimiteriali
Fax 0542/639219
Tel 0542/639234

Oggetto: richiesta di riordinamento

Il/la sottoscritto/a _____
Cod. Fisc. _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ n. _____ telefono _____

indirizzo di posta elettronica _____
a conoscenza di quanto previsto dal vigente regolamento di polizia mortuaria ed ai
sensi del DPR 445/2000 ss.mm.,

CHIEDE

il riordinamento del defunto _____ (rapporto di
parentela _____), deceduto/a in data _____,
attualmente tumulato/inumato nel _____ e:

la successiva tumulazione dei resti mortali nel loculo/ossario/tomba di famiglia n.
_____, concessionario/i _____,
qualora fosse completato il processo di mineralizzazione;

la cremazione presso il forno crematorio di _____, per
conto di tutti i parenti aventi titolo del defunto, dichiarando che i medesimi da me
interpellati hanno dato l'assenso esplicito alla richiesta, in quanto il defunto non era
contrario alla cremazione;

l'inumazione dei resti mortali presso il campo comune di mineralizzazione, per
cinque anni.

A TAL FINE

richiede la concessione del loculo/ossario/tomba di famiglia sopra indicato
ovvero
 dichiara di essere il concessionario/erede;

INOLTRE

dichiara di essere a conoscenza della normale possibilità di danneggiamento della
lapide nell'atto dello smontaggio della stessa di sollevare il Comune di Castel Guelfo di
Bologna da qualsiasi obbligo di risarcimento;

richiede che la data e l'orario dell'operazione cimiteriale richiesta venga comunicata
al seguente numero telefonico _____.

che non vi sono parenti aventi diritto contrari e che il sottoscritto agisce in nome e
per conto di tutti gli aventi titolo;

**che s'impegna di comunicare alla ditta di onoranze funebri/marmista di
svolgere l'attività qui richiesta,**

di assumere a proprio carico il pagamento delle tariffe/canoni previste alla data
della presente e di impegnarsi al pagamento entro la data prevista;

di ritirare il modulo di pagamento personalmente presso i servizi cimiteriali.

che:

- saranno presenti parenti del defunto durante l'operazione cimiteriale;
- non saranno presenti parenti del defunto durante l'operazione cimiteriale;
- **la ditta di onoranze funebri/marmista è _____**

Altre comunicazioni:

Castel Guelfo di Bologna, li _____

Il/la dichiarante _____

FIRMA NON AUTENTICATA, AI SENSI DELL'ART.21 C.1 DEL DPR 445/2000

I sottoscritti sono edotti sulle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445/2000, nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

INFORMATIVA PRIVACY (D. LGS. 196/2003)

Si informa che:

- _ I dati dichiarati da codesto utente saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata;
- _ Il trattamento viene effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
- _ I dati potranno essere comunicati ad altri Enti pubblici o a soggetti privati nell'ambito dei rapporti di servizio che questi intrattengono con il Comune e comunque esclusivamente per l'espletamento delle funzioni istituzionali;
- _ Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- _ L'utente può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsto dall'art. 7 d. lgs. 196/2003.
- _ Il titolare del trattamento è il Comune di Castel Guelfo di Bologna, con sede in Via Gramsci, 10 - 40023 Castel Guelfo di Bologna; il responsabile del trattamento è il Responsabile del 2° Settore.

Allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

Parte riservata all'Ufficio Servizi Cimiteriali:

Impresa funebre _____ Tel. _____
lavoro giorno _____ ore _____

NOTE:
