



CITTÀ DI VALMONTONE

(Città Metropolitana di Roma Capitale)

SERVIZIO NECROSCOPICO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Art. 47 DPR 28/12/2000 n. 445)

DESTINAZIONE RESTO MORTALE A SEGUITO DI RIDUZIONE

Io sottoscritt_ _____
(Cognome e Nome del Dichiaraente)

Codice Fiscale _____

Nat_ a _____ Pr. (____) il ____/____/____

E residente in Via/Piazza _____ n° _____

Città _____ Pr. (____) CAP _____

Recapito telefonico _____ - mail: _____

Consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76, DPR n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, falsità negli atti ed uso di atti falsi e che, ai sensi dell'art. 75, del DPR n. 445/00, decadrà dai benefici eventualmente ottenuti:

DICHIARO

In qualità di parente più prossimo al Defunto:

(specificare la linea di parentela e indicare nome, cognome e data di nascita di ciascun parente)

Coniuge Figlio/a/i Nipote _____

Altro (specificare) _____

Congiuntamente a _____

Che tutti i firmatari sono a conoscenza dell'Estumulazione con riduzione della salma

Di _____ deceduto il _____

Attualmente tumulato/i nel loculo/tomba concessione n° _____ del Cimitero _____
(allegare atto di concessione e/o documenti comprovanti la titolarità del loculo/tomba)

Per consentire la successiva operazione di

Raccolta in Cassetta Ossario Cremazione Traslazione Inumazione

Con destinazione

Stesso Cimitero manufatto concessione n° _____

Cimitero del Comune di _____

Affido Urna Cineraria

di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Il/La /I Dichiaraente/i

Firma per esteso e allegare copia di Documento di identità in corso di validità