



**Amministrazione destinataria**

Comune di Flumeri

**Ufficio destinatario**

Ufficio tecnico



## Domanda di autorizzazione per la posa di monumento funebre

### Il sottoscritto

|                    |        |                |                  |                               |                              |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Cognome            |        | Nome           |                  | Codice Fiscale                |                              |
| Data di nascita    |        | Sesso          | Luogo di nascita |                               | Cittadinanza                 |
| Residenza          |        |                |                  |                               |                              |
| Provincia          | Comune | Indirizzo      |                  | Civico                        | Barrato                      |
|                    |        |                |                  |                               |                              |
|                    |        |                |                  | Interno                       | Scala                        |
|                    |        |                |                  |                               | Piano                        |
|                    |        |                |                  |                               | <input type="checkbox"/> SNC |
|                    |        |                |                  |                               | CAP                          |
| Telefono cellulare |        | Telefono fisso |                  | Posta elettronica ordinaria   |                              |
|                    |        |                |                  |                               |                              |
|                    |        |                |                  | Posta elettronica certificata |                              |
|                    |        |                |                  |                               |                              |

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

|  |        |                             |             |                               |                              |
|--|--------|-----------------------------|-------------|-------------------------------|------------------------------|
| Ruolo  |        |                             |             |                               |                              |
|  |        |                             |             |                               |                              |
| Denominazione/Ragione sociale                            |        |                             |             | Tipologia                     |                              |
|  |        |                             |             |                               |                              |
| Sede legale  |        |                             |             |                               |                              |
| Provincia  | Comune | Indirizzo                   |             | Civico                        | Barrato                      |
|  |        |                             |             |                               |                              |
|  |        |                             |             | Interno                       | Scala                        |
|  |        |                             |             |                               | Piano                        |
|  |        |                             |             |                               | <input type="checkbox"/> SNC |
|  |        |                             |             |                               | CAP                          |
| Codice Fiscale   |        |                             | Partita IVA |                               |                              |
|  |        |                             |             |                               |                              |
| Telefono   |        | Posta elettronica ordinaria |             | Posta elettronica certificata |                              |
|  |        |                             |             |                               |                              |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio |        |                             |             | Provincia                     | Numero Iscrizione            |
|  |        |                             |             |                               |                              |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

|  |
|--|
|  |
|--|

### in relazione alla concessione cimiteriale

|        |      |
|--------|------|
| Numero | Data |
|        |      |

**rilasciata a**

|                      |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale              |                      |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                               |                      |                          |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza                |                      |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                               |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                     | Interno              | Scala                         | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                          |                      |

**CHIEDE**

- il rilascio dell'autorizzazione per la posa di monumento funebre su sepoltura a terra
- il rilascio dell'autorizzazione per la modifica di monumento funebre su sepoltura a terra
- il rilascio dell'autorizzazione per l'arredo di lastra a copertura di
- loculo
  - ossario
  - cinerario
- il rilascio dell'autorizzazione per la modifica di lastra a copertura di
- loculo
  - ossario
  - cinerario

**in memoria del defunto**

|                      |                      |                        |
|----------------------|----------------------|------------------------|
| Cognome              | Nome                 | Codice fiscale defunto |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

**collocato nel cimitero**

Collocazione (indicare la tipologia di sepoltura, ad esempio loculo, tomba, ecc. e la relativa posizione)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- che le opere saranno realizzate nel rispetto di quanto disposto dal Regolamento comunale di polizia mortuaria e cimiteriale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- progetto quotato del monumento (pianta, prospetti e sezioni) e/o dell'arredo lastra loculo/ossario/cinerario
- pagamento dell'imposta di bollo
- copia del documento d'identità del sottoscritto  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Flumeri

Luogo

Data

il dichiarante