

**MARCA**  
**DA**  
**BOLLO € 16,00**

Al Sindaco del  
Comune di Carmignano di Brenta

**Oggetto: RICHIESTA OPERAZIONE CIMITERIALE STRAORDINARIA.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- ESTUMULAZIONE SALMA PER RIDUZIONE/INUMAZIONE/CREMAZIONE/TRASPORTO
- RIDUZIONE SALMA E SUCCESSIVA TUMULAZIONE
- INUMAZIONE
- TRASLAZIONE SALMA / URNA CINERIARIA

del defunto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_\_  
sepolto nel cimitero di \_\_\_\_\_  
SETTORE \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

con destinazione Cimitero di \_\_\_\_\_  
SETTORE \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Dichiara di conoscere le disposizioni di legge e di regolamento che disciplinano l'uso delle concessioni cimiteriali e di agire per sé e per conto di tutti gli aventi causa.

Allega alla presente la ricevuta dei corrispettivi stabiliti o, nel caso non sia possibile effettuare subito il versamento, si impegna a versarli entro il termine 15 giorni dalla data della presente.

Li \_\_\_\_\_

Il/La richiedente

\_\_\_\_\_

Si allega copia di proprio valido documento d'identità