marca da bollo da 16,00 euro

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI

ACI BONACCORSI (CT)

OGGETTO**:** Domanda di autorizzazione per estumulazione ordinaria/straordinaria di salma. D.P.R. 10.09.1990 n. 285.

Io sottoscritto/a …………………..………………..…… nato/a a ……………..………….……… il .…………….... e residente in ……….……………………………..………………… c.a.p. …….. nella via ……………………..………………., n. ..…, codice fiscale ……….…………………., tel. …………………….. cell. …….…………………….., e-mail …………………………………. pec ………………………………… nella qualità di (1) ……………………..…..…………….………. del/della defunto/a sig./sig.ra ………………………………………... nato/a il ……….……….….. e deceduto/a il …….……….…. tumulato presso il cimitero di Aci Bonaccorsi (CT), nonché del/della defunto/a sig./sig.ra ………………………………………... nato/a il …………….….. e deceduto/a il …….……….…. tumulato presso il cimitero di Aci Bonaccorsi (CT),

**C H I E D O**

di essere autorizzato/a a procedere alla *(contrassegnare solo l’operazione richiesta)* □ estumulazione ordinaria

□ estumulazione straordinaria

della/e salma/e del/i suddetto/i defunto/i dal luogo di sepoltura, ubicato nel cimitero di Aci

Boanccorsi, e precisamente ………….………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………… con concessione cimiteriale n. …………….……..... del …..…..……………………. a nome di

………………….… ……………………………………………….

La/e salma/e deve/devono essere estumulata/e per essere *(contrassegnare solo l’operazione richiesta)*

□ riunita/e e ricollocata/e in essa in cassetta/e ossario;

□ riunita/e e collocata/e in celletta ossario di cui alla concessione cimiteriale del Comune di Aci

Bonaccorsi n. …………….. del ….…………………… a nome di …………………………………

……………….…………… (che mi ha rilasciato il relativo consenso) ubicata …………………

………………………………….;

□ trasferita/e in una sepoltura di cui alla concessione cimiteriale del Comune di Aci Bonaccorsi n. …….. del ……………… a nome di …………………………………… (che mi ha rilasciato il relativo consenso) ubicata ……………………………………………………………………………; □ trasferita/e in altro cimitero di cui alla concessione cimiteriale n. …….. del ……………………. a nome di ……………………………………… (che mi ha rilasciato il relativo consenso), cimitero

di ……………………………………;

□ altra motivazione *(specificare)* ……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………...;

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R.28/12/2000, n.445, e ss.mm.ii.

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, nella consapevolezza della responsabilità penale, civile ed amministrativa conseguente a dichiarazioni mendaci,

**SI DICHIARA** che *(contrassegnare solo la fattispecie che ricorre)*:

 che il/i defunto/i suddetto/i non ha/hanno disposto in vita alcun divieto alla sua/loro estumulazione;

 che il/i defunto/i suddetto/i non è/sono deceduto/i per malattia contagiosa;

 che sono l'unico avente titolo alla richiesta in oggetto;

 che non vi sono altri aventi titolo (2), ad eccezione dei seguenti che firmano per acconsentire alla

presente richiesta: *(precisare le generalità complete e da cosa discenda la titolarità)*

….........................................................................................................................................................

…...........................................................................................................................................................

…..................................................... …................................................................................................

e che gli stessi, unitamente al richiedente, si assumono ogni responsabilità, sollevando e tenendo indenne il Comune di Aci Bonaccorsi, da ogni e qualsiasi pretesa, ragioni o recriminazioni che dovessero essere avanzate da terzi con riferimento alle operazioni richieste con la presente, e di essere informati che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale vengono rese le dichiarazioni suddette e che il titolare del trattamento è il Comune di Aci Bonaccorsi.

Si allega: - copia dei documenti di identità di tutti i sottoscrittori; - altri allegati *(specificare)*

………………………………………………………………………..

**Informativa sul trattamento dei dati (Reg. UE 2016/679)**

Il Comune di ACI BONACCORSI (CT), in qualità di titolare tratterà i dati personali contenuti nel presente atto secondo i principi di minimizzazione, trasparenza e liceità previsti dal Regolamento UE 2016/679.

L'informativa estesa può essere consultata sulla pagina istituzionale del Comune di ACI BONACCORSI (CT) nella sezione dedicata a “Modulistica Urbanistica”, al seguente link:

<http://www.comune.acibonaccorsi.ct.it/SERVIZI_DEL_CITTADINO/Elenco_moduli_disponibili.aspx> .

FIRME LEGGIBILI

Lì, ……………................ In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

=======================================================================

1. Coniuge, padre/madre, figlio/a, incaricato della famiglia, avente titolo (specificare), esecutore testamentario, etc.
2. Aventi titolo sono di norma il coniuge padre/madre, e i figli del defunto, o in loro mancanza almeno due parenti più prossimi entro il 3° grado.

# COMUNE DI ACI BONACCORSI

CITTA’ METROPPOLITANA DI CATANIA

*SERVIZI CIMITERIALI*

Visto, dopo esame istruttorio si ritiene l’stanza corretta, completa e accoglibile. Si trasmetta alla competente A.S.L. per il prescritto Nulla Osta (3) con riserva di accordi per le operazioni di estumulazione della/e salma/e (tel. Uff. Cimitero 095-7899287).

Aci Bonaccorsi ….....................

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

rag. COSENTINO Salvatore

=======================================================================

AZIENDA SANITARIA LOCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO: NULLA OSTA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma (4)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

=======================================================================

1. Per l'estumulazione del feretro il medico dell'A.S.L., che esercita le funzioni già attribuite in materia all'Ufficiale Sanitario, deve constatare la perfetta tenuta del feretro e dichiarare che il suo trasferimento in altra sede può farsi senza alcun pregiudizio per la pubblica salute.
2. Indicare la qualifica del medico che esercita le funzioni già attribuite all'Ufficiale Sanitario.