

| | | |
|---|--|--|
|  | <p style="text-align: center;">Amministrazione destinataria Comune di Comacchio</p> <p style="text-align: center;">Ufficio destinatario Ufficio servizi affari generali, personale e demografici</p> |  |
|---|--|--|

Domanda di autorizzazione alla cremazione

Ai sensi dell'articolo 79 del Decreto del Presidente della Repubblica 10/09/1990, n. 285

| Il sottoscritto | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------|----------------|-----------|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------|-------|---------|-----|-----|
| Cognome | | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | | Sesso | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | |
| in qualità di | | | | | | | | | | | |
| Ruolo (*) | | | | | | | | | | | |

Ruolo (*):

coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione alla cremazione

| <input type="radio"/> | del cadavere, pertanto | | | | | | |
|-----------------------|---|---------------------|------|---------------------|--|--|--|
| | allega copia dell'accertamento di morte | | | | | | |
| <input type="radio"/> | dei resti mortali o resti ossei del defunto tumulati/inumati | | | | | | |
| | Titolo autorizzativo alla esumazione/estumulazione | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Numero</th> <th>Data</th> <th>Ente di riferimento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Numero | Data | Ente di riferimento | | | |
| Numero | Data | Ente di riferimento | | | | | |
| | | | | | | | |

| del defunto | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------|--|-------------|------------------|-----------------|----------------|--------------|--|--|--|
| Cognome | | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | |
| Data di nascita | | | Sesso (M/F) | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | |
| Residenza in vita | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | CAP | | | |
| Luogo del decesso | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | CAP | | | |
| Data del decesso | | | | | Ora del decesso | | | | | |

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 la volontà della cremazione risulta da

| | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | disposizione testamentaria del defunto |
| <input type="radio"/> | volontà espressa in vita dal defunto e riportata dal coniuge |
| <input type="radio"/> | volontà espressa in vita dal defunto e riportata dal parente più prossimo |
| <input type="radio"/> | volontà espressa in vita dal defunto e riportata dai parenti più prossimi, in numero di (specificare) |
| <input type="radio"/> | volontà del defunto per iscrizione ad associazione riconosciuta avente tra i propri fini quello della cremazione |
| <input type="radio"/> | volontà manifestata dai legali rappresentanti per i minori e per le persone interdette |

DICHIARA INOLTRE

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|------|---------------------|
| <input type="radio"/> | che le ceneri saranno disperse | | |
| | Denominazione comune | | |
| <input type="radio"/> | che le ceneri saranno conservate | | |
| | Denominazione comune | | |
| <input type="radio"/> | che le ceneri saranno tumulate | | |
| | Denominazione comune | | |
| <input type="radio"/> | che le ceneri saranno trasferite | | |
| | Titolo autorizzativo al trasporto | | |
| | Numero | Data | Ente di riferimento |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--|-----------------------------|--|-------------|-------------------------------|---------|-------|---------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> La documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da | | | | | | | | | | | |
| Cognome | | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| in qualità di | | | | | | | | | | | |
| Ruolo (*) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Denominazione/Ragione sociale | | | | | | Tipologia | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Sede legale | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Codice Fiscale | | | | | Partita IVA | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Telefono | | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| pertanto allega copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente | | | | | | | | | | | |
| pertanto allega copia del documento d'identità del sottoscritto | | | | | | | | | | | |

Ruolo (*):

titolare, legale rappresentante o incaricato

Eventuali annotazioni

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

Elenco degli allegati

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

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | copia dell'accertamento di morte |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia della documentazione che dimostra la volontà del defunto o dei parenti alla cremazione |
| <input type="checkbox"/> | copia del nulla osta rilasciato dall'autorità giudiziaria per morte violenta o improvvisa <i>(da allegare se il decesso è avvenuto a seguito di morte violenta o improvvisa)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | pagamento dell'imposta di bollo |
| <input type="checkbox"/> | copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente |
| <input type="checkbox"/> | dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per la cremazione di resti mortali |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità del sottoscritto <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

| | | |
|-----------|------|----------------|
| Comacchio | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |