



Amministrazione destinataria

Comune di Colavecchio

Ufficio destinatario

Area Affari Generali

## Comunicazione di rinuncia alla concessione cimiteriale

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

### in qualità di

Ruolo (\*)

Ruolo (\*)

concessionario, coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto, parente di secondo o terzo grado del defunto

### 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

### COMUNICA

la rinuncia alla concessione

- per scadenza del contratto  
 per traslazione

## del luogo di sepoltura ubicato nel cimitero di

Denominazione del cimitero

Luogo di sepoltura

- fossa
- loculo/colombario
- tomba
- cappella di famiglia
- tumulo
- edicola
- celletta ossario
- nicchia cineraria
- altro (specificare)

Posizione di sepoltura

  
  
  
  
  
  
  

## in posto in concessione

Numero

Data

Ente

## relativo alla tumulazione del defunto

Forma del defunto

- cadavere
- ceneri
- resti mortali o resti ossei

Defunto

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Luogo del decesso

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Data del decesso

Ora del decesso

**ulteriore defunto**

Forma del defunto

- cadavere  
 ceneri  
 resti mortali o resti ossei

Defunto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP		
							<input type="checkbox"/>			
Luogo del decesso										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP		
							<input type="checkbox"/>			
Data del decesso				Ora del decesso						

**ulteriore defunto**

Forma del defunto

- cadavere  
 resti mortali o resti ossei  
 ceneri

Defunto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP		
							<input type="checkbox"/>			
Luogo del decesso										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP		
							<input type="checkbox"/>			
Data del decesso				Ora del decesso						

**ulteriore defunto**

**Forma del defunto**

- cadavere  
 resti mortali o resti ossei  
 ceneri

**Defunto**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>			<b>Codice Fiscale</b>					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
<b>Data di nascita</b>		<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>			<b>Cittadinanza</b>				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>				
<b>Residenza</b>										
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>		<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Scala</b>	<b>Piano</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>	
<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"/>	
<b>Luogo del decesso</b>										
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>		<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Scala</b>	<b>Piano</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>	
<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"/>	
<b>Data del decesso</b>					<b>Ora del decesso</b>					
<input type="text"/>					<input type="text"/>					

**la documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>			<b>Codice Fiscale</b>				
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>				
<b>in qualità di</b>									
<b>Ruolo</b>									
<input type="text"/>									
<b>Denominazione/Ragione sociale</b>						<b>Tipologia</b>			
<input type="text"/>						<input type="text"/>			
<b>Sede legale</b>									
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>		<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Scala</b>	<b>Piano</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>
<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"/>
<b>Codice Fiscale</b>					<b>Partita IVA</b>				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				
<b>Telefono</b>			<b>Posta elettronica ordinaria</b>			<b>Posta elettronica certificata</b>			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			

**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 (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

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

- copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente
- 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.

Collevechio

Luogo

Data

il dichiarante