

	Amministrazione destinataria Regione Trentino Alto Adige	
	Ufficio destinatario	

Domanda di tumulazione provvisoria di cadavere, ceneri o resti mortali

Il sottoscritto										
Cognome			Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
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, titolare della concessione cimiteriale

CHIEDE

la tumulazione provvisoria di

<input type="radio"/>	cadavere	
<input type="radio"/>	ceneri	
<input type="radio"/>	resti mortali o resti ossari esumati/estumulati	
Titolo autorizzativo alla esumazione/estumulazione		
Numero	Data	Ente

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					

all'interno del cimitero di

Denominazione del cimitero

Proprietà luogo di sepoltura

<input type="radio"/>	posto già in concessione	
Luogo di sepoltura		
<input type="radio"/>	loculo	
<input type="radio"/>	tomba	
<input type="radio"/>	cappella di famiglia	
<input type="radio"/>	tumulo	
<input type="radio"/>	celletta ossario	
<input type="radio"/>	nicchia cineraria	
Titolo autorizzativo		
Numero	Data	Ente di riferimento
<input type="radio"/> posto messo a disposizione dal comune		

in attesa di tumulazione definitiva in

Descrizione luogo tumulazione definitiva

 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)* 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 (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)* 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.

Luogo	Data	Il dichiarante