

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI  
28069 TRECATE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione alla ESTUMULAZIONE della/e salma/e di:

NOMINATIVO DEL DEFUNTO	DATA DECESSO	STRUTTURA CIMITERIALE	RELAZIONE PARENTELA
		RECINTO N° TOMBA N° LOCULO N°	
		RECINTO N° TOMBA N° LOCULO N°	
		RECINTO N° TOMBA N° LOCULO N°	
		RECINTO N° TOMBA N° LOCULO N°	
		RECINTO N° TOMBA N° LOCULO N°	
		RECINTO N° TOMBA N° LOCULO N°	

che dovrà/anno essere tumulata/e nella Tomba N° \_\_\_\_\_ loculo N° \_\_\_\_\_ posta nel  
Recinto N° \_\_\_\_\_ del Cimitero Urbano di Trecate, in concessione a \_\_\_\_\_

Dichiara di essere a conoscenza che la suindicata operazione è soggetta al pagamento dei diritti  
previsti dal vigente Regolamento di Polizia Mortuaria.

Trecate,

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_