

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
