

511

**AMBITO AMMINISTRAZIONE
SETTORE OPERAZIONI CIMITERIALI**

Ama SpA
Cimiteri Capitolini
Via del Verano, 74 – 00185 Roma

MODULO Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio (MOD. A)

Art. 47 DPR 445/2000

Il / La sottoscritt.

Codice Fiscale

Nato/a il

Residente in via

..... CAP.....

Consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 DPR n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità degli atti ed uso di atti falsi e che, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, decadrà dai benefici eventualmente ottenuti

DICHIARA

Di essere: concessionario erede testamentario esecutore testamentario
 erede unico erede attuali unici eredi eredi con il grado più prossimo al concessionario

del concessionario deceduto

Tomba Loculo atto numero del

Cimitero Posti N° fila Piano..... riquadrato..... Cap

Pass Gall Gruppo Lotto Sezione Edificio Zona.....

Sono

pertanto autorizzo l'apertura della concessione per consentire l'operazione cimiteriale di:

che nessuno si oppone all'apertura della suddetta concessione per consentire l'operazione cimiteriale di:

Tumulazione Estumulazione Verifica eventuale raccolta D.D. 135/93 (capienza)

Delibera 140/01 (ricongiungimento) Altro

salma resti mortali resti ossei ceneri

Di nato il deceduto

Dichiaro in caso di estumulazione di tutte le salme – cassette ossario- urne cinerarie presenti nel manufatto per diversa sistemazione, di essere a conoscenza che lo stesso sarà retrocesso all'Amministrazione e si impegna a presentare domanda di rimborso ai sensi dell'art. 48 del regolamento Polizia Cimiteriale.

Allega, ai sensi dell'art.38, comma 3, DPR 445/2000 copia completa del documento di identità o di altro documento di riconoscimento equipollente debitamente sottoscritto.

Spazio riservato all'Amministrazione che ha richiesto la dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio

Il Sig è stato da me identificato per mezzo del seguente

Documento Data del rilascio

data di scadenza Ed ha sottoscritto la dichiarazione sopra riportata.

Data
.....

FIRMA DEL DIPENDENTE

RESPONSABILITÀ PENALE DEL DICHIARANTE -D.P.R. 445/2000

Il modulo ha validità di autodichiarazione ai sensi del DPR 445/00 dei dati e fatti ivi riportati.
Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci o fornisca atti falsi incorre nelle sanzioni ex art. 76 DPR 445/00.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Responsabile del singolo Procedimento è il Dirigente AMA-ILC Cimiteri Capitolini-*Amministrazione*

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LEG. 196/2003

1. AMA. SpA. acquisisce e detiene i dati da Lei dichiarati, essi saranno utilizzati dagli Uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse.
2. Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici ed è svolto da personale aziendale e/o ditte esterne, che abbiano rapporti di servizio AMA. SpA.
3. I dati, eccetto quelli previsti al punto 2. non verranno comunicati a terzi.
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio: il mancato conferimento non consentirà il proseguimento dell'operazione richiesta.
5. Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore AMA-ILC Cimiteri Capitolini, Via del Verano, 68 00185 ROMA.
6. Lei può esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsto dall'art.7, del D. Lgs. 196/2003 rivolgendosi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico di AMA-ILC Cimiteri Capitolini, sito in Via del Verano, 68 00185 ROMA.

- Dichiarazione esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3 comma 10 legge n.127/97 e artt. 21, 38, Codice Civile e artt. 2 e 3 DPR 445/2000
- Dichiarazione esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 TAB. All. B DPR 642/72

a) Nel caso in cui il documento sia scaduto, l'interessato deve dichiarare, in calce alla fotocopia del documento, che i dati contenuti nel documento stesso non hanno subito variazioni dalla data del rilascio e sottoscrivere la suddetta dichiarazione.

Roma lì ____/____/____

Firma del dichiarante

.....