

509

UFFICIO AMMINISTRAZIONE
SETTORE TUMULAZIONI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

ART. 47 D.P.R. n. 28/12/2000 – consapevole della propria responsabilità penale:
ai sensi dell'Art. 76 D.P.R. n. 445, dichiarazioni non veritiere, falsità degli atti ed uso di atti falsi;
ai sensi dell'Art. 75 D.P.R. decadrà dai benefici eventualmente ottenuti;

Il/La Sottoscritto/a:

Nato/a a: Pr. (.....) il

Residente a Pr. (.....) in via/P.zza.....

..... n. C.A.P.

Il/La Sottoscritto/a:

Nato/a a: Pr. (.....) il

Residente a Pr. (.....) in via/P.zza.....

..... n. C.A.P.

Il/La Sottoscritto/a:

Nato/a a: Pr. (.....) il

Residente a Pr. (.....) in via/P.zza.....

..... n. C.A.P.

AUTORIZZA

- ☐ In qualità di unico parente più prossimo in quanto
- ☐ Autorizzazione resa da tutti i parenti più prossimi in quanto
- ☐ Autorizzazione resa a maggioranza assoluta in quanto
-
-
-

di/...../...../...../...../...../...../...../...../.....
data di nascita data di decesso

di/...../...../...../...../...../...../...../...../.....
data di nascita data di decesso

- ☐ Traslazione ☐ eventuale raccolta
- ☐ Salma ☐ resti mortali ☐ resti ossei ☐ ceneri
- ☐ Per successiva tumulazione in altra concessione/.....
- ☐ In altro Comune
- ☐ Per cremazione

Dichiara, in caso di estumulazione di tutte le salme (cassette ossario – urna 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 R.P.C..

Allega, ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445/2000, copia completa del proprio documento d'identità in corso di validità o di altro documento di riconoscimento equipollente, debitamente sottoscritto.

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (Ex-Legge n. 675/1996 – Art. 48 D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

L'azienda AMA S.p.A. acquisisce e detiene i dati da Lei dichiarati, essi saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente con l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse. Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici ed è svolto da personale aziendale o su richiesta degli interessati che abbiano rapporti di servizio con l'azienda AMA S.p.A.

Il conferimento dei dati è obbligatorio. I suoi dati non verranno comunicati a terzi.

Nel caso di mancato conferimento dei dati, non sarà possibile dare corso al provvedimento richiesto.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati e come vengono utilizzati.

In merito ai suoi dati, ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, come previsto dalla normativa vigente.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente Responsabile dei Cimiteri Capitolini.

____/____/____
Data

La/Il/I Dichiarante/i
(Firma/e per esteso e leggibile/i)

Dichiarazione esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3 – comma 10 – n. 127/97 e artt. 21 – 38 cc 2 e 3 D.P.R. n. 445/2000.

Dichiarazione esente dall'imposta di bollo, ai sensi dell'art. n. 14 tab – all. B – D.P.R. 642/1972.

Nel caso di documento scaduto, l'interessato deve dichiarare che i dati contenuti nel documento stesso non hanno subito variazioni dalla data del rilascio, sottoscrivendo la dichiarazione.

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

Il/I dichiarante/i _____

E' stato da me identificato a mezzo del seguente documento rilasciato in data:

Timbro e firma dell'operatore

PER INFORMAZIONI
CALL CENTER 06 492361 ■ dal lunedì al giovedì: 08.30-15.00 ■ Esclusi i festivi
venerdì 8,30-13,30 ■ Esclusi i festivi
URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico-Via del Verano 72/A
(RICEVE SU APPUNTAMENTO DA PRENOTARE TRAMITE CALL CENTER)
www.cimitericapitolini.it