

1) Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

2) Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

3) Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76, D.P.R. n° 445/00, nel caso di dichiarazione non veritiera, falsità negli atti ed uso di atti falsi e che, ai sensi dell'art. 75, del D.P.R. n° 445/00, decadrà dai benefici eventualmente ottenuti

**dichiara/no**

di essere unico parente più prossimo

in quanto \_\_\_\_\_

che tutti i parenti più prossimi sono:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**e che non esistono ulteriori parenti di pari grado e linea, oltre quelli indicati in precedenza**

di \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**e autorizza/no**

- l'operazione di  estumulazione  esumazione straordinaria  eventuale raccolta  
di  salma  resti mortali  resti ossei  ceneri  
 per successiva tumulazione in altra concessione Atto n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 per cremazione  
 per traslazione in altro Comune \_\_\_\_\_

Autorizzazione resa a maggioranza assoluta in quanto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega/no, ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445/00, copia completa del documento d'identità o di altro documento di riconoscimento equipollente, debitamente sottoscritto<sup>1</sup>.

Roma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- 1) Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_  
2) Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_  
3) Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

**Trattamento dei dati personali**

Reg. UE 2016/679: i dati sono richiesti per l'istruttoria della pratica e le verifiche necessarie.  
Titolare del Trattamento è Roma Capitale. Responsabile del Trattamento è AMA S.p.A.  
Per informativa dettagliata consultare il sito [www.cimitericapitolini.it](http://www.cimitericapitolini.it)

Roma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- 1) Firma per presa visione dell'informativa \_\_\_\_\_  
2) Firma per presa visione dell'informativa \_\_\_\_\_  
3) Firma per presa visione dell'informativa \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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.