

Il/La sottoscritto/a _____ tel _____

Codice fiscale _____ e-mail _____

Nato/a a _____ Pr. (____) il ____/____/____

residente in Via/Piazza _____ n° _____

Città _____ Pr. (____) C.A.P. _____

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 di essere

coniuge unico parente altro _____ parente¹ unitamente a _____

chiede

l'esumazione straordinaria della salma urna cineraria in area data in concessione di _____

deceduto/a a _____ Pr. (____) il ____/____/____

attualmente inumato/a nel Cimitero _____

riq _____ fila _____ fossa _____ o Concessione n° _____ Anno _____

in qualità di _____

per consentire la cremazione traslazione

con destinazione

stesso Cimitero: manufatto in Concessione con Atto n° _____ del ____/____/____

altro Cimitero di Roma: manufatto in Concessione con Atto n° _____ del ____/____/____

Cimitero del Comune di _____ Pr. (____)

affido (per urna cineraria)

nuova inumazione nel Cimitero _____

dichiara di essere consapevole

che l'esumazione straordinaria dovrebbe essere richiesta solo in casi eccezionali in quanto presenta particolari inconvenienti di natura igienico - sanitaria. Il rischio di rottura del feretro aumenta con il passare del tempo di inumazione divenendo altamente probabile dopo 3 anni dal seppellimento. Al verificarsi di tale circostanza si è obbligati ad interrompere l'operazione sia per motivi igienici, sia per non incorrere nel reato di vilipendio di cadavere e **l'importo pagato per l'operazione di esumazione non viene rimborsato.**

Roma ____/____/____ Il/La Richiedente _____

¹ Nel caso ci siano più parenti di pari grado questi devono essere indicati negli appositi spazi e devono presentare il MOD.509.

Allega, ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445/00 copia completa del documento d'identità o di altro documento riconoscimento equipollente, debitamente sottoscritto²

Marca da bollo
N° _____
Data emissione ____/____/____
Data scadenza ____/____/____
(Necessaria solo per esumazione SALMA)

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

Roma ____/____/____

Firma per presa visione dell'informativa _____

² 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.