

DATI DEL DICHIARANTE	
Io sottoscritto/a _____	
Codice fiscale _____	Nato/a a il ____ / ____ / _____
a _____	Pr. (____)
residente in Via/Piazza _____	n° _____
Città _____	Pr. (____) CAP _____
tel _____	e-mail _____
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	
dichiaro	

DATI DEL DEFUNTO	

(Cognome e nome)	
nato/a a _____	Pr. (____) il ____ / ____ / _____
deceduto/a a _____	Pr. (____) il ____ / ____ / _____
Codice fiscale _____	
in vita era residente a _____	Municipio _____
Via/Piazza _____	

Allego, 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 sottoscritto¹.

Roma ____ / ____ / _____ Il/La Dichiarante _____

¹ 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.

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 _____