ama Cimiteri Capitolini ROMA

# RICHIESTA RIMBORSO PER CONCESSIONE INTERROTTA

**MOD.546/0**

1) Il/La sottoscritto/a _____tel _____

Codice fiscale_____e-mail_____

Nato/a a_____ Pr. (_____) il_____/_____/_____

residente in Via/Piazza _____ n°_____

Città_____ Pr. (_____) CAP_____

Banca _____

Cod. IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/00

relativamente alla Concessione Atto n° _____ del _____/_____/_____

concessionario (se diverso dal dichiarante) _____

in quanto _____del defunto

di essere:

☐ concessionario ☐ unico erede ☐ coerede unitamente a:

2) Cognome e nome _____tel. _____

Codice fiscale_____e-mail_____

Nato/a a _____ Pr. (_____) il_____/_____/_____

residente in Via/Piazza _____ n°_____

Città_____ Pr. (_____) CAP_____

Banca _____

Cod. IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

In caso di ulteriori eredi allegare MOD.547 "Dichiarazione integrativa MOD.546 - ulteriori eredi"

ama Cimiteri Capitolini ROMA

# RICHIESTA RIMBORSO PER CONCESSIONE INTERROTTA

**MOD.546/0**

**chiede/ono**

il rimborso per retrocessione del loculo sito nel Cimitero_____

ubicazione _____

☐ in cui è tumulato il defunto_____

che sarà sepolto presso _____

estumulazione effettuata il _____/_____/_____

☐ in cui non si è mai tumulato. In tal caso prende atto che la somma versata sarà decurtata di Euro 39,19 a copertura delle spese sostenute da AMA S.p.A. per l'attività amministrativa svolta ai fini del rimborso, ai sensi della Deliberazione Consiglio Comunale n.17 del 20 febbraio 1988.

ATTENZIONE: La domanda dovrà essere corredata degli atti comprovanti il saldo della concessione e delle operazioni cimiteriali collegate.

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[1].

Roma____/_____/_____

1) Il/La Richiedente _____

2) Il/La Richiedente _____

**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____/_____/_____

1) Firma per presa visione dell'informativa _____

2) Firma per presa visione dell'informativa _____

**SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE**

Il Sig_____

è stato da me identificato per mezzo del seguente documento_____

ed ha sottoscritto la dichiarazione di cui sopra.

Roma____/_____/_____ Firma del dipendente_____

[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.