

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci** e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.

presenta richiesta di

*(specificare il servizio richiesto: concessione aree, concessione o rinnovo loculo, deposito in camera mortuaria, richiesta di informazioni finalizzata all'espletamento di un'operazione cimiteriale, tumulazione, inumazione, esumazione, estumulazione, cremazione, raccolta ecc).*

per la salma/ resti mortali/ resti ossei/ ceneri di:

Autorizza AMA S.p.A. all'utilizzo dell'indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

per la trasmissione dei documenti e informazioni inerenti il servizio richiesto.

**Si impegna ad effettuare, attraverso sistema PagoPA, il pagamento di quanto dovuto al fine di consentire l'attivazione dell'operazione/servizio richiesta/o.**

**Dichiara di essere l'unico avente titolo a poter compiere l'operazione cimiteriale/ servizio indicata/o.**

**Dichiara di operare con il consenso di tutti gli altri aventi titolo a poter compiere l'operazione cimiteriale/ servizio indicata/o.**

**Dichiara di aver ricevuto delega a compiere l'operazione cimiteriale/ servizio indicata/o dal Sig. \_\_\_\_\_ a tal fine si allega MOD.562.**

Dichiara inoltre che la documentazione originale è conservata presso il/la Sig./Sig.ra

all'indirizzo \_\_\_\_\_

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

Firma per presa visione dell'informativa \_\_\_\_\_