

Il/La sottoscritto/a _____ tel _____

Codice fiscale _____ e-mail _____

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

residente in Via/Piazza _____ n° _____

Città _____ Pr. (_____) CAP _____

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.

dichiara di

aver delegato, come da MOD.560 allegato, il Sig./ra: _____

di aver incaricato l'Agenzia accreditata presso i vostri uffici, come da MOD.561 allegato:

(specificare: ragione sociale ed indirizzo) _____

di aver incaricato il Centro Servizi accreditato presso i vostri uffici, come da MOD.561 allegato:

(specificare: ragione sociale ed indirizzo) _____

per presentare presso i Cimiteri Capitolini richiesta di:

(specificare il servizio richiesto/ operazione cimiteriale: concessione aree, concessione o rinnovo loculo, tumulazione, inumazione, esumazione, estumulazione, cremazione, raccolta ecc).

per richiedere le informazioni finalizzate a _____

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

dichiara inoltre

di voler ricevere informazioni sullo stato della pratica e pertanto autorizza AMA S.p.A. all'utilizzo dell'indirizzo di posta elettronica: _____

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

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

Roma ____/____/____ 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

Roma ____/____/____

Firma per presa visione dell'informativa _____