

AREA SERVIZI CIMITERIALI

**AI SERVIZI CIMITERIALI DEL  
COMUNE DI MEDICINA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ in qualità di:

concessionario

erede del concessionario

della TOMBA DI FAMIGLIA N. \_\_\_\_\_ CAMPO \_\_\_\_\_ REP. \_\_\_\_\_ ARC. \_\_\_\_\_

nel cimitero di \_\_\_\_\_

in concessione a \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

La tumulazione della salma di \_\_\_\_\_

nella suddetta Tomba di Famiglia.

Medicina, li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

N.B. Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del T.U. in caso di dichiarazioni mendaci o di uso di documenti falsi.