

**AI SERVIZI CIMITERIALI DEL
COMUNE DI MEDICINA**

DOMANDA DI INUMAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Tel. _____ codice fiscale _____

in qualità di _____

CHIEDE

di poter inumare la salma di _____

deceduta a _____ il _____

nel campo comune del cimitero di _____

Campo _____ Reparto _____ Fossa n. _____ Fila n. _____

Medicina, li _____

IL RICHIEDENTE

- Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero scritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.
- **Dichiaro di essere informato che l'art. 82 del D.P.R. n. 285 del 10/09/1990 prevede che le esumazioni vengano eseguite allo scadere del decennio dall'inumazione. Alla scadenza, se i familiari non richiedono l'esumazione della salma, il Comune provvederà a collocare i resti nell'ossario comune.**
- Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

N.B. I cippi nei campi d'inumazione dovranno avere le seguenti misure: 60 x 140 (base fissa) altezza massima 90 compreso lo spessore della base.