



Amministrazione destinataria

Comune di Colli del Tronto

Ufficio destinatario

Protocollo



Domanda di autorizzazione al trasporto di cadavere, ceneri o resti mortali

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 10/09/1990, n. 285

Il sottoscritto rappresentante della società incaricata per l'esecuzione dei lavori

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Residenza | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

| |
|----------------------|
| Ruolo |
| <input type="text"/> |

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Denominazione/Ragione sociale | Tipologia |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Sede legale | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Codice Fiscale | Partita IVA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Telefono | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione al trasporto funebre di

- cadavere
- ceneri
- resti mortali o resti ossei inumati/tumulati

Titolo autorizzativo alla esumazione/estumulazione

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numero | Data | Ente di riferimento |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

del defunto

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------|-----------|------------------|-----------------|--------------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Luogo del decesso | | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Data del decesso | | | | Ora del decesso | | | | | | |

con partenza da

Luogo di partenza

con destinazione finale a

Luogo di arrivo

con eventuale sosta intermedia

Luogo di sosta intermedia

Motivazione

e ulteriore sosta intermedia

Luogo di sosta intermedia

Motivazione

con funerale previsto il

Data funerale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il trasporto sarà effettuato

con mezzo proprio
(solo per il trasporto di ceneri)

con autofunebre

Modello

Targa

Data del trasporto

Ora del trasporto

e che il soggetto incaricato del trasporto è

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- pagamento dell'imposta di bollo
- copia del documento d'identità del sottoscritto
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Colli del Tronto

Luogo

Data

il dichiarante