

Spazio riservato al protocollo

BOLLO

€. 16,00

**AL Responsabile dell'Ufficio Tecnico  
Del Comune di Bono**

**OGGETTO: Domanda di autorizzazione per estumulazione e traslazione o estumulazione e riduzione di salma o esumazione e ai sensi del D.P.R. del 10 settembre 1990, n. 285)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_,  
avendone legittimo titolo e dispensando l'Amministrazione Comunale da qualsiasi responsabilità, in qualità di   
\_\_\_\_\_  CONIUGE  FIGLIO/A  PARENTE PROSSIMO  PERSONA INCARICATA DA \_\_\_\_\_  
(munita di delega) del defunto :

1) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere autorizzato a procedere a:

- estumulazione e traslazione;
- estumulazione e riduzione dei resti (a minimo 20 anni dal decesso, ai sensi dell'art. 86 del D.P.R. 285/90)
- esumazione e riduzione dei resti (a minimo 10 anni dal decesso, ai sensi dell'art. 82 D.P.R. 285/90)
- altra operazione: \_\_\_\_\_

1) della salma del/i defunto/i stesso/i dalla tomba di proprietà di \_\_\_\_\_, comparto \_\_\_\_\_, campo \_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_ per trasportarla alla tomba di proprietà di \_\_\_\_\_, comparto \_\_\_\_\_, campo \_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

2) della salma del/i defunto/i stesso/i dalla tomba di proprietà di \_\_\_\_\_, comparto \_\_\_\_\_, campo \_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_ per trasportarla alla tomba di proprietà di \_\_\_\_\_, comparto \_\_\_\_\_, campo \_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

3) della salma del/i defunto/i stesso/i dalla tomba di proprietà di \_\_\_\_\_, comparto \_\_\_\_\_, campo \_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_ per trasportarla alla tomba di proprietà di \_\_\_\_\_, comparto \_\_\_\_\_, campo \_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

**Al riguardo dichiara:**

- di essere unico parente prossimo avente diritto alla richiesta;**
- di essere stato autorizzato da tutti gli aventi diritto (vedi dichiarazione allegata).**

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di riconoscimento;
- Versamento A.S.L. sul C.C. n. 122093 di €. 17,56 per ciascuna salma, intestato a: TESORERIA AZIENDA ASL N°1\_BANCO DI SARDEGNA, causale C.M ESTUMULAZIONE
- Copia della cauzione di seguito specificata:
  - copia della cauzione di €. 77,00 (versata negli uffici ragioneria del Comune) a garanzia della pulizia dei luoghi e del corretto smaltimento dei materiali di risulta provenienti dalle operazioni della presente istanza.
  - Copia della cauzione di €. 200,00 (ai sensi della delibera della G.M. n°6 del 24.01.2011) , da versarsi presso l'ufficio ragioneria del comune qualora le operazioni riguardino loculi concessi temporaneamente dal Comune, a garanzia del rispetto della struttura comunale.

***La cauzione sarà svincolata a fine lavori dietro visto favorevole del personale del settore tecnico incaricato.***

Bono,li \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_



**Comune di Bono – Servizi Cimiteriali**

Vista la domanda suddetta, si esprime parere favorevole e trasmette al servizio di Igiene Pubblica dell'A.S.L. n°1 di Sassari, sede di Bono, per il parere di competenza che in ogni modo sarà vincolante per tutte le operazioni conseguenti e per concordare ora e data.

Bono,li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**ASL– Azienda Sanitaria Locale n°1 – Servizio Igiene e Sanità Pubblica**

Visto: nulla osta.

Bono,li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Comune di Bono - Addetto Cimiteriale**

Operazione effettuata in data: \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

---

Oggetto: **Autocertificazione**

Io sottoscritto/a ....., nato/a a ....., in data ..... e residente in ....., via ....., n. ....., tel ....., CF |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, in merito alla richiesta di estumulazione della salma di \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_, avvalendomi delle disposizioni di cui al D.P.R 445/2000 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni di cui agli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale, sotto la propria personale responsabilità

**Dichiaro**

di aver titolo a richiedere la estumulazione in quanto \_\_\_\_\_<sup>1</sup>  
dello stesso e di essere stato autorizzato alla richiesta da parte degli altri aventi titolo sottoriportati

Cognome	Nome	Luogo nascita	Data nascita	Codice Fiscale

Si allega, alla presente dichiarazione, copia del seguente documento:

.....

Data .....

IL DICHIARANTE

.....

---

<sup>1</sup> Grado parentela o titolo a richiesta