DOMANDA PER INUMAZIONE SALMA

AL COMUNE DI OLIENA
Resp.le Ufficio di Polizia Mortuaria

Il /La sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ Cod. Fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| , residente

in _____ , Via _____

Tel./cell. _____, nella sua qualità di _____

CHIEDE

☐ l'accoglimento, ai fini dell'INUMAZIONE presso il Cimitero di Oliena della salma di _____ nato a _____ il _____, residente in vita nel Comune di _____ , deceduto a _____ in data _____.

☐ _____

(*in caso di non residenza specificare il possesso del requisito ai fini del rilascio dell'autorizzazione.)*

A tal fine allega :

1. Fotocopia del documento di riconoscimento.
2. Attestazione versamento di €. 230,00 (tariffa per inumazione salma)

Oliena, li _____

Il Richiedente

_____

Il richiedente è consapevole che, ai sensi dell'art. 10, comma 1, della legge 31/12/1996, n° 675, i dati forniti saranno raccolti presso le strutture organizzative dell'Amministrazione Comunale di Oliena per le finalità di gestione della pratica; che il trattamento di tali dati è finalizzato all'espletamento di funzioni istituzionali e di compiti attribuitegli dalla legge e dai regolamenti; che al trattamento potranno attendere anche soggetti esterni pubblici e privati con i quali l'Ente abbia rapporti di concessione, convenzione e/o contratto finalizzato all'espletamento della procedura o parte di essa.

==========

COMUNE DI OLIENA
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

VISTO il Regolamento di Polizia Mortuaria (D.P.R. n. 285/1990);
VERIFICATO il possesso dei requisiti ai sensi dell'art. 30 del Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria, approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n° 26 del 08 luggio 2008.

A U T O R I Z Z A

L'inumazione della salma di _____ nato a _____ il _____

e deceduto il _____, nella Zona _____ campo _____ , fila _____ n° _____ , lotto n° [1]_____ del cimitero di Oliena.

Ai fini della presente autorizzazione si precisa che ai sensi dell'art. 82 del D.P.R. n. 285/90 la salma potrà essere **ESUMATA**, in via ordinaria, **DOPO DIECI ANNI**, salvo diverse determinazioni da parte del Ministero della Sanità.

Oliena , li _____

IL RESPONSABILE DELL'AREA AMM.VA TRIBUTARIA
Dr.ssa Mariantonia Pira

[1] *compilare sole se trattasi di terreno in concessione*