



COMUNE DI VALLE SALIMBENE

Provincia di Pavia

Via Valle, 4
27010 Valle Salimbene
e-mail staff@vallesalimbene.org
PEC: staff @ pec.vallesalimbene.org

Tel. 0382485036
Fax. 0382587081
C.F.00466530185

Oggetto: richiesta di estumulazione.

Il/la sottoscritto/a _____

Cod. Fisc. _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via _____
telefono _____ indirizzo di posta elettr. _____

a conoscenza di quanto previsto dal vigente regolamento di polizia mortuaria e
dei servizi funerari del Comune di Valle Salimbene

RIVOLGE DOMANDA PER ESSERE AUTORIZZATO ALLA
estumulazione del defunto

(rapporto di parentela _____), deceduto/a in data
_____, a _____, dal loculo /tomba di
famiglia n. _____ fila _____ corpo _____ e la successiva
tumulazione dei resti mortali nel loculo/ossario/cinerario/tomba di famiglia/
capella di famiglia n. _____ fila _____ corpo _____,
del concessionario/i sig./ri _____ .

DICHIARA

- che non vi sono parenti aventi diritto contrari e che il sottoscritto agisce
in nome e per conto di tutti gli aventi titolo;

Altre comunicazioni:

Valle Salimbene, li _____

Il/la dichiarante
