



# 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 traslazione.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ 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,

CHIEDE

La traslazione del defunto

\_\_\_\_\_ (rapporto di parentela \_\_\_\_\_), deceduto/a in data \_\_\_\_\_

dal loculo/ossario/cinerario/tomba di famiglia n. \_\_\_\_\_ fila \_\_\_\_\_ corpo \_\_\_\_\_

nel loculo/ossario/cinerario/tomba di famiglia n. \_\_\_\_\_ fila \_\_\_\_\_ corpo \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_