

AL SINDACO DI
S U A R D I

TUMULAZIONE DI _____

- Il sottoscritto _____ parente del defunto

Residente a _____ in via _____ n- _____

TEL _____ Mail: _____

- Impresa Funebre _____ con sede in _____ Via

_____ tel _____ Mail: _____

Comunica alla S.V. che in data _____ alle ore _____ verrà tumulato:

- in loculo n _____ Portico _____ fila _____;
- in celletta ossario n _____ Portico _____ fila _____;
- nella tomba di famiglia _____;
- nella Cappella di famiglia intestata a _____ fila _____ lato _____;

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> la salma | <input type="checkbox"/> le ceneri | <input type="checkbox"/> i resti mortali mineralizzati |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|

del/la defunto/a _____ nato/a _____, il _____

e deceduto/a _____, il _____;

COSTO DA RICONOSCERE AL COMUNE € _____ Il pagamento deve essere effettuato tramite il sistema PagoPA. CAUSALE: tumulazione + nome defunto

In caso di estumulazione l'area, il loculo o celletta ossario retrocederà direttamente al Comune.

Suardi, _____

IN FEDE

**Per i privati: Allegare documento di riconoscimento.
CAUSALE: tumulazione + nome defunto .**