

Al Comune di _____

OGGETTO: DOMANDA DI RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALLA CREMAZIONE DI OSSA / RESTI MORTALI E RELATIVO TRASPORTO.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____ residente a _____
_____ via _____ n. _____ tel. _____
in qualità di _____

CHIEDE

ai sensi del Regolamento Nazionale di Polizia Mortuaria, dell'art. 11, comma 5, della Legge Regionale Emilia-Romagna n. 19/2004, nonché delle istruzioni impartite dal Ministero della sanità, l'autorizzazione alla cremazione di ☐ ossa ☐ resti mortali di: _____

nato/a in _____ il _____
in vita residente a _____
deceduto/a in _____ in data _____
già sepolto nel cimitero di _____

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che gli aventi diritto sono informati e consenzienti alla cremazione qui richiesta, con ciò sollevando il Comune da ogni altra azione.

Precisa che ☐ le ossa ☐ resti mortali sono attualmente depositati nel cimitero di _____

_____ e verranno cremate/i nel crematorio di _____.

Le ceneri, successivamente alla cremazione, verranno trasportate in: _____

Si allega: Copia del Documento di Identità fronte/retro

IL/LA RICHIEDENTE

I° caso (presentazione diretta)	2° caso (invio per mezzo posta, fax o tramite incaricato)
Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla. Modalità di identificazione: _____ Data _____ IL DIPENDENTE ADDETTO	Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento: Tipo ^(*) _____ n. _____ rilasciato da _____ _____ in data _____ Data _____ FIRMA DEL DICHIARANTE

(*) Passaporto, carta d'identità, patente, ecc.

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' ALLA CREMAZIONE DI RESTI MORTALI/OSSEI

Il/i sottoscritto/i

1.	_____	_____
	(cognome e nome, relazione di parentela con il defunto)	(luogo e data di nascita)
	_____	_____
	(residente in)	(via, piazza ecc. e numero civico) (telefono)
2.	_____	_____
	(cognome e nome, relazione di parentela con il defunto)	(luogo e data di nascita)
	_____	_____
	(residente in)	(via, piazza ecc. e numero civico) (telefono)
3.	_____	_____
	(cognome e nome, relazione di parentela con il defunto)	(luogo e data di nascita)
	_____	_____
	(residente in)	(via, piazza ecc. e numero civico) (telefono)
4.	_____	_____
	(cognome e nome, relazione di parentela con il defunto)	(luogo e data di nascita)
	_____	_____
	(residente in)	(via, piazza ecc. e numero civico) (telefono)
5.	_____	_____
	(cognome e nome, relazione di parentela con il defunto)	(luogo e data di nascita)
	_____	_____
	(residente in)	(via, piazza ecc. e numero civico) (telefono)
6.	_____	_____
	(cognome e nome, relazione di parentela con il defunto)	(luogo e data di nascita)
	_____	_____
	(residente in)	(via, piazza ecc. e numero civico) (telefono)

del/la defunto/a _____
nato/a in _____ il _____
in vita residente in _____ cittadino/a _____,
decaduto/a in _____ il _____

con il presente atto dichiarano, ai sensi dell'art. 3, comma I lettera b) punto III della Legge 130/2001 e art. 11 comma 3 della Legge Regionale E.R. 19/2004, la loro volontà che i resti mortali del/la predetto/a defunto/a vengano cremati.

Ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. sopracitato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la loro personale responsabilità dichiarano inoltre:

- ☐ non esistono altre persone parenti di pari grado con il/la defunto/a;
☐ oltre ai suddetti dichiaranti, esistono altre persone di pari grado con ____l____ defunt____ e, precisamente⁽²⁾ _____

di voler trattare l'una cineraria come segue:

tumulazione nel Cimitero _____ del Comune di _____

dispersione ceneri nel Comune di _____

affidamento urna a _____

Allegato: fotocopia documento di identità.

Novi di Modena, lì _____

IL/I DICHIARANTE/I 1) _____ 4) _____
2) _____ 5) _____
3) _____ 6) _____

(1) Cancellare se la dichiarazione viene resa dal coniuge. - (2) Indicare le generalità degli altri parenti nel grado più prossimo.
(2) **ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITA' DI TUTTI I SOTTOSCRITTORI (FRONTE/RETRO)**

L'autenticità della firma della dichiarazione da produrre agli organi della pubblica amministrazione nonché ai gestori di servizi pubblici è garantita con le seguenti modalità:

1° caso (presentazione diretta)	2° caso (invio per mezzo posta, fax o tramite incaricato)
Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla.	Si allega/no copia/e fotostatica/che del/i seguente/i documento/i di riconoscimento:
Modalità di identificazione:	
1) _____	1) Tipo ^(*) _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____
2) _____	2) Tipo ^(*) _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____
3) _____	3) Tipo ^(*) _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____
4) _____	4) Tipo ^(*) _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____
5) _____	5) Tipo ^(*) _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____
6) _____	6) Tipo ^(*) _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____
Data _____	
IL DIPENDENTE ADDETTO	(*) Passaporto, carta d'identità, patente, ecc.

PRIVACY

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 di seguito GDPR, il Comune di Campogalliano in qualità di Titolare del trattamento, è in possesso dei suoi dati personali e identificativi per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o interesse pubblico e/o da regolamenti previsti e/o contrattuali, per le finalità indicate nel presente documento. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli artt. 15 e ss. contattando il Titolare o il Responsabile all'indirizzo e-mail privacy@comune.campogalliano.mo.it. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR è disponibile scrivendo a responsabileprotezionedati@comune.campogalliano.mo.it oppure nella sezione Privacy del sito, oppure nella sezione Amministrazione trasparente. L'informativa completa può essere richiesta scrivendo a privacy@comune.campogalliano.mo.it oppure nella sezione Privacy del sito.