

Marca da Bollo  
(16,00 euro)

Spett.le  
Sindaco del Comune di Polcenigo  
e Responsabile dell'Ufficio Manutenzioni  
e Servizi Cimiteriali  
Piazza Plebiscito, 1  
33070 - POLCENIGO (PN)

OGGETTO: RICHIESTA DI  TRASLAZIONE SALMA / RESTI OSSEI / CENERI  
 ESUMAZIONE STRAORDINARIA  
 ESTUMULAZIONE STRAORDINARIA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ provincia(\_\_\_\_) in via/viale/vicolo/piazza \_\_\_\_\_  
numero\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs N. 196 del 30.06.2003, con la presente

### CHIEDE

L'operazione di \_\_\_\_\_  
(specificare l'oggetto della richiesta)

Della salma/resti mortali / ceneri del defunto \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Deceduto/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Sepolto/a in:

<input type="checkbox"/> TOMBA DI FAMIGLIA* Indicare il numero e posizione del loculo sotterraneo _____	<input type="checkbox"/> LOCULO/COLOMBARI	<input type="checkbox"/> LOCULO OSSARIO	<input type="checkbox"/> TOMBA A TERRA
--	---	---	--

Intestata a \_\_\_\_\_ nel Cimitero di \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- Di essere il parente più prossimo al defunto sotto indicato
- Di avanzare la presente richiesta anche in nome e per conto degli altri parenti con il medesimo grado di parentela

*\*Nel caso di estumulazione da tomba di famiglia non a norma secondo il D.P.R. n.285 del 10.09.1990, art.76, comma 3, ovvero non è presente un corridoio centrale nel sepolcro, sarà necessario prima di dare una eventuale Autorizzazione da parte di questo Ente verificare la fattibilità dell'operazione richiesta tramite una richiesta di ispezione tomba che dovrà pervenire insieme all'attuale richiesta.*

**Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.**

**In caso si rinvenisse una salma indecomposta, si autorizza:**

- LA SEPOLTURA IN CAMPO MINERALIZZATO ( periodo di inumazione 5 anni)
- LA CREMAZIONE, AVENDO GIA' VERIFICATO LA VOLONTA' DEGLI AVENTI DIRITTO  
(si dovrà richiedere presso l'anagrafe la relativa autorizzazione)
- ALTRO \_\_\_\_\_  
(A tal fine dichiara che il seppellimento era stato effettuato senza nulla osta della Procura della Repubblica o che, in caso contrario, è già stato ottenuto il relativo nulla osta alla cremazione)

Inoltre dichiara che intende:

- PRESENZIARE (recapito telefonico \_\_\_\_\_)
- NON PRESENZIARE
- PRESENZIARE TRAMITE L'IMPRESA FUNEBRE DI ONORANZE FUNEBRI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

(barrare le caselle corrispondenti)

\*Non è permessa l'esumazione e l'estumulazione straordinaria nei mesi di maggio, giugno, luglio, agosto e settembre ad eccezione dei casi ordinati dall'Autorità Giudiziaria (Art.75 Regolamento Comunale Polizia Mortuaria).

**E SUCCESSIVA**

• AUTORIZZAZIONE DI SEPOLTURA IN:

<input type="checkbox"/> TOMBA DI FAMIGLIA Indicare il numero e posizione del loculo sotterraneo _____	<input type="checkbox"/> LOCULO/COLOMBARI	<input type="checkbox"/> LOCULO OSSARIO
---	---	---

**PROPRIETARIO/EREDE/CO-EREDE** della concessione cimiteriale relativa alla **TOMBA / LOCULO**  
**/LOCULO OSSARIO** denominata/occupata dal defunto \_\_\_\_\_

acquistata con:

<input type="checkbox"/> Atto registrato al numero _____ In data _____ (di cui si allega copia)	<input type="checkbox"/> Atto non reperibile si dichiara la proprietà avvalendosi delle disposizioni di cui l'art. 47 del D.P.R. 445/2000
---	---

(barrare la casella corrispondente in tabella)

sita nel Cimitero di \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ in qualità di (indicare il grado di  
parentela o legame) \_\_\_\_\_

***Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.***

- SEPOLTURA IN TOMBA A TERRA intestata al defunto \_\_\_\_\_  
sita nel Cimitero di \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Non sono ammesse sovrapposizioni di cassette contenenti ceneri e /o resti da precedenti esumazioni, ad eccezione delle urne cinerarie. Art.38 e 77bis Regolamento Comunale Polizia Mortuaria)
  
- SEPOLTURA NEL CIMITERO DI \_\_\_\_\_ NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_
  
- TRASPORTO DALLA SALMA / RESTI MORTALI PER LA CREMAZIONE di cui si dovrà richiedere presso l'anagrafe la relativa autorizzazione.

Polcenigo, lì \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**SI ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA COPIA SEMPLICE DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ DEL RICHIEDENTE DELL'ISTANZA**

**I Termini per l'adozione del provvedimento sono 30 giorni.**

**Costi: Minimo due marche da bollo da 16,00 euro cadauna e relativa tariffa rispetto al Servizio Cimiteriale richiesto, come stabilito da Delibera di Giunta Comunale n. 29 del 22 febbraio 2019.**

**(Spazio riservato ad eventuale Impresa di Onoranze Funebri)**

La domanda è presentata dalla ditta \_\_\_\_\_,

La quale dichiara di agire per conto del richiedente, su espresso mandato, per la realizzazione del servizio richiesto.

N° \_\_\_\_\_ allegati

firma

\_\_\_\_\_

---

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*