



CITTA' DI ALBANO LAZIALE

Città Metropolitana di Roma Capitale

Settore IV - Servizi Cimiteriali

Pec: protocollo@cert.comune.albanolaziale.rm.it

SINDACO
SERVIZI CIMITERIALI
SEDE

OGGETTO: Richiesta **TUMULAZIONE SALMA** **URNA CINERARIA** **RESTI MORTALI**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo: _____ n. _____

C.F. _____ TELEFONO _____

Email: _____

Grado di parentela con il defunto: _____

Con la presente RICHIEDE LA **TUMULAZIONE: SALMA** **URNA CINERARIA** **RESTI MORTALI** di *(inserire dati del defunto)*:

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____

Deceduto/a il ____ / ____ / ____ a _____

Ubicazione sepoltura _____

In qualità di:

intestatario della concessione n° _____

Erede legittimo e/o CO-EREDE insieme a: _____

(OBBLIGATORIO allegare atto notorio e copia del documento/i d'identità e codice fiscale del richiedente e/o COEREDI, FIRMATI in originale.)

Albano _____

FIRMA
