

Oggetto: richiesta esumazione salma

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome		
c.a.p. e Comune o Stato estero di nascita		prov.	data di nascita	
c.a.p. e Comune di residenza	prov.	via/piazza		n.
num. telef		email		

CHIEDE

l' autorizzazione per l'esumazione dei resti mortali della salma:

Cognome		Nome		
data di nascita	data decesso	collocazione attuale: loculo / sepolt. a terra Stecca n. _____ pos. n. _____ Stecca n. _____ pos. n. _____		

nuova collocazione:

Loculo / **Celletta-Ossario**: **STECCA N.** _____ **POS. N.** _____

allega

-autorizzazione Sanitaria;

-fotocopia documento di riconoscimento

Con osservanza

_____ /
luogo

_____ /
data

_____ /
firma