



bollo

**Al Signor Sindaco del Comune di  
Vietri di Potenza**

**Oggetto:** Domanda di autorizzazione per esumazione / estumulazione di salma.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

Nella qualità di \_\_\_\_\_  
del defunto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e deceduto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

titolare della concessione cimiteriale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere autorizzato/a a procedere alla:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estumulazione ordinaria salma                          | <input type="checkbox"/> Deposito ossario comunale   |
| <input type="checkbox"/> Estumulazione straordinaria salma                      | <input type="checkbox"/> Deposito temporaneo salma/resti per restauro in attesa di altra occupazione |
| <input type="checkbox"/> Traslazione resti morali                               | <input type="checkbox"/> Trasporto in altro cimitero   |
| <input type="checkbox"/> Traslazione salma                                      | <input type="checkbox"/> Altro _____   |
| <input type="checkbox"/> Esumazione salma                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Esumazione straordinaria                               |  |
| <input type="checkbox"/> Riduzione resti e deposito in ossario / loculo privato |  |

**del defunto innanzi indicato.**

Quanto sopra è richiesto a nome e per conto di tutti gli aventi diritto, manlevando la S.V. da ogni e qualsiasi responsabilità in merito.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega copia documento di riconoscimento.

Visto:

1. Si autorizza Operazioni Cimiteriali(esumazioni/estumulazioni): ditte iscritte alla C.C.I.A.A codice **ATECO 96.03.00** "servizi di pompe funebri ed attività connesse" il cui personale dipendente deve essere in possesso di idonea abilitazione professionale di "**Operatore Funebro/Necroforo**";
2. Si trasmette al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per il prescritto nulla osta con riserva di accordi per le cennate operazioni.

Data \_\_\_\_\_

Il Sindaco \_\_\_\_\_

**Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Potenza**

Visto : nulla osta.

Data \_\_\_\_\_

Il Medico addetto \_\_\_\_\_