

M 75010F.15

Spett.
Marche Multiservizi Falconara S.r.l.
Gestore dei Servizi Cimiteriali del
Comune di FALCONARA M.MA (An)

OGGETTO: DOMANDA DI TRASLAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ e residente nel Comune
di _____ Via _____ N. _____
Tel/cell. _____ C.F. _____ e-mail _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ in data _____
in qualità di (grado di parentela) _____ del/i defunto/i sotto elencato/i

CHIEDE

che venga effettuata la traslazione della/e salma/e seguente/i tumulate nel Cimitero di:

Falconara Marittima

Castelferretti

Nome defunto: _____

Deceduto/a il: ___ / ___ / _____

Dal: _____

Al: _____

Nome defunto: _____

Deceduto/a il: ___ / ___ / _____

Dal: _____

Al: _____

Nome defunto: _____

Deceduto/a il: ___ / ___ / _____

Dal: _____

Al: _____

Nome defunto: _____

Deceduto/a il: ___ / ___ / _____

Dal: _____

Al: _____

Per l'assistenza a tali operazioni sarà incaricata l'Impresa _____

Via _____ N. _____ Comune _____ Prov. _____

Tel/cell. _____ e-mail _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE NON VI SONO ALTRE PERSONE AVENTI DIRITTO AD OPPORSI ALLA TRASLAZIONE RICHIESTA E DICHIARA ALTRESÌ DI ESONERARE LA SOCIETÀ MARCHE MULTISERVIZI FALCONARA S.R.L. DA OGNI RESPONSABILITÀ PRESENTE E FUTURA.

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

AUTORIZZA ALTRESÌ MARCHE MULTISERVIZI FALCONARA S.R.L., NEI TEMPI E NEI MODI DALLA STESSA RITENUTI OPPORTUNI, ALL'EFFETTUAZIONE DI TUTTE LE ATTIVITÀ PRELIMINARI NECESSARIE E INDISPENSABILI ALLE OPERAZIONI RICHIESTE (RIMOZIONE LAPIDE, DEMOLIZIONE TAMPONATURA RETROSTANTE ECC.)

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

Si allega copia del documento di identità del soggetto sottoscrittore.