

**M 75010F.17**

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

**OGGETTO: DOMANDA DI ESTUMULAZIONE E CONDIZIONAMENTO CON EVENTUALE 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 effettuato l'estumulazione, condizionamento ed eventuale successiva 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: \_\_\_\_\_

La/e salma/e sopra elencata/e, se non sarà possibile il condizionamento, verrà/verranno:

Inumata/e  Avviata/e a cremazione  Tumulata/e stesso loculo come salma

Tumulata/e altro loculo come salma \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

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/RIDUZIONE 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 ETC.)**

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di identità del soggetto sottoscrittore.