

Amministrazione destinataria

Comune di Diano Marina

Ufficio destinatario

Ufficio Demografici

Domanda di prenotazione del servizio di cremazione

II sottos	critto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale						
Data di nasc	ita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza												
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
Telefono cel	lulare	Telefono fisso	0	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
in qualit	à di											
Ruolo (*)												
Ruolo (*) concessionario, coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto, parente di secondo o terzo grado del defunto												
domicili	azione del	le comunic	azioni rela	ative al procedimento	n							
				-								
(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82) Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica												
CHIEDE												
la prepo	tazione de	l servizio di	cremazio	ne								
			c. c.mazioi									
O del cadavere												
O	O dei resti mortali o resti ossei											

del defui	nto											
Cognome			Nome			Codice Fis	Codice Fiscale					
Data di nascita Sesso			Luogo di nascita			Cittadinanza						
Residenza Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP		
Luogo del de Provincia	cesso Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР		
Data del dece	esso			Ora del dece	a del decesso							
_												
per la se	guente data a											
che il materiale del feretro è legno e barriera cellulosa e barriera legno e zinco altro (specificare)												
	mensione del feretro	è										
O di misura standard												
O fuori	misura (specificare)											
che il peso del feretro è												
O superiore a 150 kg												
○ inferiore a 150 kg												
che l'involucro è autorizzato dal Ministero della Sanità												
non è autorizzato dal Ministero della Sanità												
onn e autorizzato dai Ministero della Sanita												

the ii decessore avvenuto
O non a causa di malattia infettiva
O a causa di malattia infettiva, pertanto
allega certificazione dell'autorità sanitaria competente di avvenuto trattamento
che i parenti
 saranno presenti durante la cremazione
O non saranno presenti durante la cremazione
che le ceneri saranno destinate a
O tumulazione
O dispersione
○ affidamento
che il cadavere
onon è portatore di protesi metalliche
○ è portatore di protesi metalliche
che il cadavere
O non è portatore di stimolatore cardiaco o altro apparecchio elettromedicale a batteria
era portatore di stimolatore cardiaco o altro apparecchio elettromedicale a batteria ma tale apparato è già stato
espiantato in funzione della cremazione
che, relativamente agli ornamenti metallici del feretro
o acconsente che gli stessi siano asportati dal personale del forno crematorio per il successivo smaltimento
O provvederà alla asportazione degli stessi presso la camera mortuaria, preventivamente al trasporto del feretro al forno
crematorio
DICHIADA INOLTES
DICHIARA INOLTRE
che al momento della chiusura del feretro, nessun altro oggetto a batteria era presente nel corredo funerario

di essere stato informato che la presenza degli oggetti sopra indicati può provocare danneggiamenti anche rilevanti alla struttura dell'impianto crematorio e che per eventuali danni verrà chiamato al rimborso delle spese sostenute e documentate

COMUNICA INOLTRE

Che per il ritiro de	elle ceneri è stato	incaricato									
Cognome		Nome			Codice Fisc	ale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanz	a					
Residenza Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC		CAP		
Provincia Comune	mumzzo		Civico	Dallato	Scala	Piallo]	CAP		
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Docto elett	ronica certifica					
releiono celiulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elett	ronica certifica	did				
in qualità di											
Ruolo											
la documentazio	ne è trasmessa d	all'agenzia rappresenta	ta da								
Cognome		Nome			Codice Fisc	ale					
in qualità di											
Ruolo											
Denominazione/Ragione so	ciale		Tipologia								
Sede legale Provincia Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala F	Piano	SNC	CAP		
Codice Fiscale			Partita IVA								
Telefono		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica ordinaria Po				Posta elettronica certificata				
releiolio		Posta eletti oliita olullialla			Posta elett	Torrica cer tirre	ata				
nertanto allega con	nia del modulo co	mpilato e sottoscritto c	on firma a	utografa (lal richio	lonto					
		d'identità del sottosci		utografa	iai i icilie	iente					
Ruolo (*):	na dei document	a identità dei sottosci	100								
titolare, legale rapp	resentante o inca	ricato									
Eventuali annotazioni (num	ero massimo di caratter	800)									

Elenco degli allegati
(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale) certificazione dell'autorità sanitaria competente di avvenuto trattamento
copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente
copia del documento d'identità del sottoscritto (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)
□ altri allegati
Informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196) dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
Diano Marina

Luogo Data il dichiarante