



Il/La sottoscritto/a.....

nato/a ailresidente a

..... in via

Codice Fiscale n. Tel. n.

CHIEDE

AUTORIZZAZIONE per la tumulazione/inumazione/estumulazione/traslazione del cadavere/ Ceneri/ Resti Mortali del proprio congiunto:

.....Parentela(.....

deceduto a(Ospedale

il proveniente da

La suddetta tumulazione/inumazione/estumulazione/traslazione sarà effettuata nel/nella
**LOCULO/CELLETTA/CINERARIO/
 TOMBA DI FAMIGLIA:**

N. _____ Fila _____ Lato/Lett. _____ Blocco _____

Concess.N _____ del _____

Anagni li,

Il/la Richiedente

.....

Dimensioni del feretro: nella norma/ fuori norma

RISERVATO AL GESTORE SERVIZI CIMITERIALI

Visti gli atti d'ufficio si conferma che il/la Sig. _____
 risulta Concessionario/erede referente per la suddetta concessione di LOCULO/ CELLETTA/ TOMBA DI
 FAMIGLIA.

SI AUTORIZZA

**San Lorenzo S.p.a.
 L'addetto al Servizio**
