

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

SAN LORENZO s.p.a.

Sede Legale: via E. D'Onofrio, 212
00155 Roma (RM)
Cell. 334 6088702
Società sottoposta a controllo
e coordinamento da parte di Altair srl

Capitale sociale € 200.000,00

Iscritta al Registro Imprese di Roma
REA RM-1151323
C.F. e P.I. 09252421004
www.gruppoaltair.it
cimitero.sanlorenzo@gruppoaltair.it
sanlorenzospa@legalmail.it