

**COMUNE DI SANTA MARINELLA**

*Ufficio servizi cimiteriali*

Via Cicerone, 25

00058 – Santa Marinella (RM)

**OGGETTO:** *Richiesta rimborso loculi cimiteriali con delega.*

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

(prov. di \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_

(prov. di \_\_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_;

**Considerato che a seguito del trasferimento delle salme di:**

1. \_\_\_\_\_;

2. \_\_\_\_\_.

**sono stati resi liberi i seguenti loculi cimiteriali:**

1. n. \_\_\_\_\_ fila \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_;

2. n. \_\_\_\_\_ fila \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_.

**C H I E D E**

**il rimborso delle somme previste, ai sensi del vigente Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria e Cimiteriale, delegando alla riscossione materiale della somma**

**il/la Sig./ra \_\_\_\_\_**

**nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e**

**residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_ ) in via**

**\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_**

**Tel. \_\_\_\_\_;**

Santa Marinella, li \_\_\_\_\_;

**I N F E D E**

\_\_\_\_\_

1) ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.

2) ALLEGARE ATTESTAZIONI DI PAGAMENTO DELL'ACQUISTO LOCULO.

3) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO.