

Spett.le  
Comune di Maracalagonis  
Ufficio Tecnico-Servizi Tecnologici

**OGGETTO: Richiesta di autorizzazione alla estumulazione e traslazione di salma/resti mortali (ai sensi dell'articolo 54 e seguenti del Nuovo Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cod. fisc. \_\_\_\_\_)  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, \_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( )

**CHIEDE**

l'autorizzazione all'estumulazione nel cimitero di Maracalagonis, della salma/resti mortali del defunto:

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **e - deceduto/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DALLA SEPOLTURA** sita nel cimitero comunale *Numero* \_\_\_ *Blocco* \_\_\_ *Fila* \_\_\_ *Colonna* \_\_\_

**ALLA NUOVA SEPOLTURA:**

E DICHIARA che per i lavori di estumulazione e traslazione verrà effettuata dalla Ditta \_\_\_\_\_, all'uopo incaricata dal richiedente.

Allega alla presente :

- Marca da bollo da Euro 16,00 da applicare alla autorizzazione;
- Ricevuta del pagamento dei diritti di segreteria pari a € 25,00 versata sul ccp n. 16655094 intestato al Comune di Maracalagonis - servizio Tesoreria – causale: Diritti di segreteria per concessione cimiteriale;

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Spett.le ASL 8  
Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
Via Turati 4/d  
Quartu S.Elena (CA)

c/o Comune di Maracalagonis  
Ufficio Tecnico - Servizi Tecnologici

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cod. fisc. \_\_\_\_\_)  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ ( )

**CHIEDE**

(artt. 82,83 e 88 del DPR 285/1990)

l'assistenza all'estumulazione nel cimitero di Maracalagonis, della salma o resti mortali del defunto:

l'autorizzazione all'estumulazione nel cimitero di Maracalagonis, della salma/resti mortali del defunto:

Nome e Cognome del defunto: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo e data di morte: \_\_\_\_\_

**DALLA SEPOLTURA** Blocco \_\_ Fila \_\_ Colonna \_\_, contrassegnata col n. \_\_\_\_

**ALLA NUOVA SEPOLTURA** Blocco \_\_ Fila \_\_ Colonna \_\_, contrassegnata col n. \_\_\_\_

E DICHIARA che per i lavori di estumulazione e traslazione è stata incaricata la ditta abilitata:

---

Si allega Ricevuta del pagamento effettuato sul ccp n. 21780093 di Euro 21,42 intestato alla ASL 8 – Servizio Tesoreria, causale: estumulazione defunto (un bollettino di 21,42 euro per ciascun defunto).

Data \_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

(Riquadro da compilarsi a cura del Comune)

Autorizzazione all'estumulazione n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_