

	Amministrazione destinataria Regione Valle d'Aosta  Ufficio destinatario Segretario generale	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## Comunicazione di recesso dall'affidamento delle ceneri

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

affidatario delle ceneri del defunto									
Cognome			Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza in vita									
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico		CAP	
Luogo del decesso									
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico		CAP	
Data del decesso			Ora del decesso						

### COMUNICA

di recedere dall'affidamento dichiarato

Protocollo dichiarazione di affidamento	Data

e di provvedere al conferimento delle ceneri presso il cimitero	
Denominazione del cimitero	
Luogo di sepoltura	Posizione di sepoltura
<input type="radio"/> fossa	
<input type="radio"/> loculo/colombario	
<input type="radio"/> tomba	
<input type="radio"/> cappella di famiglia	
<input type="radio"/> tumulo	
<input type="radio"/> edicola	
<input type="radio"/> celletta ossario	
<input type="radio"/> nicchia cineraria	
<input type="radio"/> altro (specificare)	
in posto già in concessione	

Numero	Data	Ente di riferimento

COMUNICA INOLTRE

- ☒ di avere avuto il preventivo e incondizionato assenso da parte del titolare della concessione
- ☒ di essere a conoscenza e di accettare che resterà invariata la scadenza della concessione

☐ la documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da

Cognome		Nome	Codice Fiscale							
in qualità di										
Ruolo (*)										
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia				
Sede legale										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA					
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
pertanto allega copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente										
pertanto allega copia del documento d'identità del sottoscritto										

Ruolo (\*):  
titolare, legale rappresentante o incaricato

