

	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

<input type="checkbox"/> 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

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità del sottoscritto <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante