

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

## Comunicazione di rinuncia alla concessione cimiteriale

Il sottoscritto titolare della concessione										
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			

### COMUNICA

la rinuncia alla concessione

<input type="radio"/>	per scadenza del contratto
<input type="radio"/>	per traslazione

del luogo di sepoltura ubicato nel cimitero di	
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 in concessione		
Numero	Data	Ente di riferimento

relativo alla tumulazione del defunto				
Forma del defunto				
<input type="radio"/>	cadavere			
<input type="radio"/>	ceneri			
<input type="radio"/>	resti mortali o resti ossei			
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		

<input type="checkbox"/> ulteriore defunto				
Forma del defunto				
<input type="radio"/>	cadavere			
<input type="radio"/>	ceneri			
<input type="radio"/>	resti mortali o resti ossei			
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		

<input type="checkbox"/> ulteriore defunto				
Forma del defunto				
<input type="radio"/>	cadavere			
<input type="radio"/>	resti mortali o resti ossei			
<input type="radio"/>	ceneri			
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		



### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<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.
--------------------------	--

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>