

COMUNE DI PLOAGHE

Provincia di Sassari
Ufficio Anagrafe – Stato Civile – Elettorale – Statistica



MARCA DA BOLLO
DA
EURO 16,00

Al Signor Sindaco del Comune di PLOAGHE

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione alla estumulazione/esumazione/riduzione in resti straordinaria salma.

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in via _____
n° _____ C. F. _____

CHIEDE

L'autorizzazione per la:

- Estumulazione;
- Esumazione;
- Riduzione in resti

della salma di:

1. Cognome e Nome: _____ nato/a a _____ il _____
_____, deceduto/a a _____ il _____ per:
(specificare quale operazione si intende fare, es. riduzione in resti, cremazione, estumulazione e
trasferimento in altra tomba o
loculo) _____

La salma risulta tumulata nel seguente loculo o tomba: (indicare n° tomba o loculo, fila nel caso di loculo, quadrante nel caso di tomba, blocco nel caso di loculo e zona del cimitero in entrambe i casi) _____;

2. Cognome e Nome: _____ nato/a a _____ il _____
_____, deceduto/a a _____ il _____ per:
(specificare quale operazione si intende fare, es. riduzione in resti, cremazione, estumulazione e
trasferimento in altra tomba o
loculo) _____

La salma risulta tumulata nel seguente loculo o tomba: (indicare n° tomba o loculo, fila nel caso di loculo, quadrante nel caso di tomba, blocco nel caso di loculo e zona del cimitero in entrambe i casi) _____;

3. Cognome e Nome: _____ nato/a a _____ il _____
_____, deceduto/a a _____ il _____ per:
(specificare quale operazione si intende fare, es. riduzione in resti, cremazione, estumulazione e
trasferimento in altra tomba o
loculo) _____;

La salma risulta tumulata nel seguente loculo o tomba: (indicare n° tomba o loculo, fila nel caso di loculo, quadrante nel caso di tomba, blocco nel caso di loculo e zona del cimitero in entrambe i casi) _____;

- Dichiaro sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle conseguenze penali per chi rende dichiarazioni false o non veritiere, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28.12.2000, n°445, di essere autorizzato da tutti gli aventi diritto ad effettuare le operazioni di cui sopra e di agire in qualità di: (indicare il grado di parentela con il defunto) _____

OPPURE

- Di agire per espresso mandato e delega, in qualità di legale rappresentante dell'agenzia funebre: _____ in nome e per conto di: (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____ via _____ n° ____ nella sua qualità di (indicare il grado di parentela col defunto/a) _____ che ha autorizzato le operazioni di cui sopra anche in nome e per conto di tutti gli aventi diritto;

Le salme/i resti/le ceneri dei defunti sotto indicati verranno ricollocati come segue:

1. Cognome e Nome _____ :

- Verrà ritumulato nella stessa tomba/loculo;
 Trasferito nella tomba n° ____ quadro ____ Zona n° ____ del cimitero
 Trasferito nel loculo n° ____ lotto/blocco n° ____ Zona n° ____ del cimitero

2. Cognome e Nome _____ :

- Verrà ritumulato nella stessa tomba/loculo;
 Trasferito nella tomba n° ____ quadro ____ Zona n° ____ del cimitero
 Trasferito nel loculo n° ____ lotto/blocco n° ____ Zona n° ____ del cimitero

3. Cognome e Nome _____ :

- Verrà ritumulato nella stessa tomba/loculo;
 Trasferito nella tomba n° ____ quadro ____ Zona n° ____ del cimitero
 Trasferito nel loculo n° ____ lotto/blocco n° ____ Zona n° ____ del cimitero

DICHIARA ALTRESI' SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

- di aver titolo all'uso del loculo o tomba in quanto concessionario o comunque avente titolo o perché concessionario del medesimo/a.

Si allegano:

- marca da bollo da euro 16,00 per il rilascio dell'autorizzazione;
- fotocopia di un valido documento d'identità.

Dichiaro infine che le operazioni di cui sopra si terranno il giorno: _____

Ploaghe, li _____

Firma per esteso

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

(Art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 del 27/04/2016)

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento. Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Pertanto i dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

Ambito di comunicazione. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali, nonché ha il diritto di presentare reclamo a un'autorità di controllo come previsto dall'art. 15 del Reg. UE n. 2016/679. Ha inoltre il diritto alla portabilità dei dati, alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal

Regolamento. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al Settore Socio Assistenziale.

Periodo di conservazione. I dati personali saranno conservati, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono raccolti e trattati.

Titolare del trattamento: Comune di Ploaghe – piazza San Pietro n°1 – 07017 PLOAGHE
comunedi ploaghe@pec.comune.ploaghe.ss.it.

Il Titolare ha nominato quale Responsabile della Protezione dei Dati Personali, l'Avv. Alessandra Sebastiana Etzo con Studio in Oristano alla Via San Simaco n. 85, che è possibile contattare mediante invio di comunicazione postale all'indirizzo dello studio ovvero ai seguenti recapiti: mail dpo@unionecoros.it.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma
