

COMUNE DI PLOAGHE

Provincia di Sassari
Settore Amministrativo e Vigilanza



Al Sindaco del Comune di
PLOAGHE

Oggetto: Manifestazione di volontà per cremazione.

Il/La sottoscritto/a/i sottoscritti:

Num. d'ord.	Relazione di parentela con il defunto	COGNOME E NOME	Luogo, data di nascita e residenza
1
2
3
4

Consapevole/i della responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione e uso di atti falsi, di esibizione di atto contenente dati non più rispondenti al vero (articolo 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), nella sua/loro qualità di parente/i più prossimo/i del/della defunto/a

_____, nato/a a _____
il _____ in vita residente a _____
deceduto/a a _____
il _____.

DICHIARA/DICHIARANO

con il presente atto, ai sensi dell'articolo 79 del D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, che il/la defunto/a voleva essere cremato/a.

Dichiara/Dichiarano, inoltre, che non esistono altri parenti in pari grado oltre al/alla sottoscritto/a /ai sottoscritti e al Sig./alla Sig.^{ra} _____, che ha compilato la domanda di cremazione e dichiarazione sulla destinazione delle risultanti ceneri di cui la presente costituisce parte integrante.

PLOAGHE, li _____

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____