**All’Ufficio Servizi Cimiteriali**

BOLLO

€ 16,00

**del Comune di Sonnino**

Il/La sottoscritto/a titolato a farlo …….………………….…………….……...…….… nato a .………………….…..………………….. il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ residente in ……………...…...………......…. Via ……..…………………………………….n. …….;

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000;

**RIVOLGE DOMANDA DI INUMAZIONE NEL CAMPO COMUNE**

per la salma:

del defunto …………………………….. nat\_ a ………………. il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

deceduto a …………………………………………. il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* ai sensi dell’art. 92 del regolamento comunale di polizia mortuaria, che il defunto succitato ha diritto alla sepoltura nel cimitero del Comune di Sonnino;
* di essere a conoscenza che l’uso dell’area di inumazione nei campi comuni è concessa per la durata di 10 anni e non rinnovabile;
* di essere consapevole della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

Sonnino lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

……………………………………

Son-col2------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**Comune di Sonnino**

**Ufficio Servizi Cimiteriali**

* Visto la richiesta di cui sopra;
* Visto il Regolamento di Polizia Mortuaria;

**AUTORIZZA**

L’inumazione della salma di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dando atto che le spese saranno a carico dei privati.

Sonnino, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Il Responsabile dell’Area 3.2**

Arch. Donatello Cardarelli