



COMUNE DI CADEO

Provincia di Piacenza

Via Emilia 149

C.A.P. 29010 Codice Fiscale e Partita Iva 00224340331

Tel. 0523 503311 Fax 0523 509997 e-mail comune.cadeo@sintranet.it

OGGETTO: DOMANDA DI ESTUMULAZIONE - TRASLAZIONE DI RESTI MORTALI - SALMA

Il sottoscritt... ..
 residente a
 unitamente a

 recapito telefonico
 congiunti diretti della salma di cui sotto (.....)

.....
 decedut... il.....
 sepolto nel cimitero di
 loculo / tomba / fossa/ colombarino

RICHIEDE / RICHIEDONO

al Sig. Sindaco del Comune di CADEO di ottenere l'autorizzazione di procedere alla ESTUMULAZIONE /
 TRASLAZIONE della predetta salma, che verrà posta
 nel Cimitero di

Cadeo,

I RICHIEDENTI

.....

Vista la presente richiesta, **AUTORIZZA L'ESTUMULAZIONE / TRASLAZIONE RICHIESTA A CONDIZIONE CHE SIANO OSSERVATE TUTTE LE NORME DEL VIGENTE REGOLAMARNTO DI POLIZIA MORTUARIA.**

IL SINDACO

.....
 +

Visto il Nulla Osta, estumulazione / traslazione avvenuta il

IL NECROFORO

.....