



**COMUNE DI CASTELMASSA**  
AREA DEMOGRAFICA E SERVIZI ALLA  
PERSONA

**SERVIZI CIMITERIALI**

Timbro del protocollo

Al Signor Sindaco  
del Comune di  
45035 Castelmasse

**Oggetto: richiesta di operazione cimiteriale.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale n° \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ n° cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di (indicare il grado di parentela o di legame) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- L'ESUMAZIONE (operazione di prelievo da terra)
- L'ESTUMULAZIONE (operazione di prelievo da loculo o tomba di fam.)
- LA RACCOLTA RESTI

- di \_\_\_\_\_ deceduto/a il

col locato/a \_\_\_\_\_ ;

- la TRASLAZIONE

- della salma di \_\_\_\_\_ deceduto/a a

il \_\_\_\_\_, da Cappella Familiare/Loculo n° \_\_\_\_\_ a Cappella

Familiare/Loculo n° \_\_\_\_\_ ;

(firma del richiedente)

\_\_\_\_\_

## IL FUNZIONARIO INCARICATO

Vista l'istanza che precede e richiamato il D.P.R. 285/1990 e le circolari del Ministero della Sanità n. 24 del 24/06/1993 e n. 10 del 31/07/1998; richiamato il vigente Regolamento di Polizia Mortuaria; ritenuto che sussistano le condizioni per il rilascio dell'autorizzazione richiesta

## AUTORIZZA

l'operazione cimiteriale sotto l'osservanza delle vigenti disposizioni.

Visto: NULLA OSTA DEL MEDICO INCARICATO

PROT. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

II FUNZIONARIO INCARICATO

L'Operazione sarà eseguita il giorno \_\_\_\_\_ ed è soggetta alle competenze del Comune e dell'Azienda Sanitaria Locale; ove al momento dell'esecuzione il medico incaricato riscontrasse che l'operazione non possa essere effettuata, il richiedente non ha titolo a rivendicazioni.

CASTELMASSA li

NOTE DEL MEDICO -----