



COMUNE DI CASTELMASSA  
Area Demografica  
SERVIZI CIMITERIALI

**Oggetto: rinuncia loculo 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**

il rimborso per la rinuncia del loculo cimiteriale n° \_\_\_\_\_ salma di  
ai sensi del regolamento comunale di polizia mortuaria.

Castelmasza li

DATA BOLLETTA PAGAMENTO ..... / /

SCADENZA CONCESSIONE ..... / /

TARIFFA ATTUALE DEL LOCULO ..... € \_\_\_\_\_

QUOTA DEL 70% ..... € \_\_\_\_\_

QUOTA DEL 30% (SE PERPETUO) ..... € \_\_\_\_\_

NUMERO ANNI DA OGGI ALLA SCADENZA ..... N° \_\_\_\_\_

SOMMA DA RIMBORSARE ..... € \_\_\_\_\_