

AI COMUNE DI DOLIANOVA
Piazza Brigata Sassari n° 8
DOLIANOVA

**MARCA
DA BOLLO
€ 14,62**

Oggetto: RICHIESTA DI ESTUMULAZIONE E RIDUZIONE SALMA.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
_____, in data _____, residente a (città) _____,
via _____, n° _____, tel _____,
in qualità di (grado di parentela oppure agenzia incaricata da....) _____

RICHIEDE

L'estumulazione della salma del _____
_____ tumulato nel cimitero di _____,
nel loculo (oppure tomba di famiglia) _____,
e conseguente riduzione della salma in cassetina ossario, con conseguente deposito della stessa cassetina
presso (loculo/tomba/nicchietta) _____,
presso il cimitero _____

Data: _____

firmato
