

	Amministrazione destinataria Regione Umbria Ufficio destinatario Segretario generale	
--	---	--

Comunicazione di trasporto di salma (prima dell'accertamento di morte)

Il sottoscritto rappresentante della società incaricata per l'esecuzione dei lavori							
Cognome			Nome			Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza	
Residenza							
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato
							<input type="checkbox"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>							
Ruolo							
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia	
Sede legale							
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato
							<input type="checkbox"/>
Codice Fiscale				Partita IVA			
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata	

vista la richiesta di trasferimento del defunto							
Cognome			Nome			Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita			Cittadinanza	
Residenza in vita							
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	CAP
Luogo del decesso							
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	CAP
Data del decesso				Ora del decesso			

effettuata da			
Cognome		Nome	Codice Fiscale

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione medica di trasporto di salma prima dell'accertamento di morte
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografacopia del documento d'identità)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante