


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

Domanda di autorizzazione al trasporto di cadavere, ceneri o resti mortali
Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 10/09/1990, n. 285

| 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"/> SNC |
| 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"/> SNC |
| Codice Fiscale | | | | Partita IVA | | | |
| | | | | | | | |
| Telefono | | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | |
| | | | | | | | |

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione al trasporto funebre di

| <input type="radio"/> | cadavere |
|--|--|
| <input type="radio"/> | ceneri |
| <input type="radio"/> | resti mortali o resti ossei inumati/tumulati |
| Titolo autorizzativo alla esumazione/estumulazione | |
| Numero | Data |
| | Ente di riferimento |
| | |

| 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 | |

| con partenza da |
|-------------------|
| Luogo di partenza |

| con destinazione finale a |
|---------------------------|
| Luogo di arrivo |

| con eventuale sosta intermedia |
|--------------------------------|
| Luogo di sosta intermedia |
| Motivazione |

| e ulteriore sosta intermedia |
|------------------------------|
| Luogo di sosta intermedia |
| Motivazione |

| con funerale previsto il |
|--------------------------|
| Data funerale |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il trasporto sarà effettuato

| <input type="radio"/> | con mezzo proprio <i>(solo per il trasporto di ceneri)</i> | | | | |
|-----------------------|---|---------|-------|--|--|
| <input type="radio"/> | con autofunebre | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modello</th> <th>Targa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Modello | Targa | | |
| Modello | Targa | | | | |
| | | | | | |
| Data del trasporto | | | | | |
| Ora del trasporto | | | | | |

| e che il soggetto incaricato del trasporto è | | |
|--|------|----------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
| | | |

| Eventuali annotazioni |
|-----------------------|
| |

| |
|--|
| |
|--|

Elenco degli allegati

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

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | pagamento dell'imposta di bollo |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa copia 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 |