

Richiesta autorizzazione per estumulazione straordinaria Marca da bollo € 14,62
o per esumazione straordinaria e riduzione dei resti
(Art.8 e seg. D.P.R. 10.09.1990, n.85)

**AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI
SORSO**

Il sottoscritto _____ nato il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
nella qualità di _____ del defunto
_____ nato il _____
e deceduto il _____ *

***Qualora il decesso sia avvenuto entro due anni dalla data della richiesta
allegare certificato necroscopico.**

C H I E D E

di essere autorizzato a procedere alla estumulazione/esumazione della salma o riduzione dei resti
del defunto stesso dalla tomba/ loculo comunale n. ____ fila ____ costruzione n. ____ comparto ____
del Cimitero di _____ per trasportarla in altra sepoltura
e precisamente tomba/loculo comunale n. ____ fila ____ costruzione n. ____ comparto ____

Si allega copia dell'atto di concessione dell'area - dichiarazione personale, comprovante l'avente
diritto all'uso.

Data _____

IL RICHIEDENTE

COMUNE DI SORSO

Provincia di Sassari

Visto, si trasmette al medico d'igiene per nulla-osta, salvo a prendere gli accordi per effettuare la
estumulazione/esumazione della salma e riduzione dei resti.

Sorso, _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

ING. MARCO DELRIO

Riferimento del medico d'igiene

Visto: Nulla osta

Sorso, _____

IL MEDICO DEL SERVIZIO DI IGIENE PUBBLICA