

**All'Ufficio Servizio Cimiteriali  
Comune di Quarto**

**ISTANZA DI ESTUMULAZIONE STRAORDINARIA E TRASFERIMENTO  
FERETRO ALL'INTERNO DEL CIMITERO**

**DEFUNTO/A** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... (.....)  
il ....., residente a .....,  
in via ..... n. ...., con recapito telefonico.....  
in qualità di (indicare rapporto di parentela).....  
del/la defunto/a.....

**CHIEDE**

**- l'autorizzazione all'estumulazione straordinaria**

della salma del/la defunto/a ..... nato/a a .....  
(.....)il ....., deceduto/a a ..... (.....),  
in data ..... e tumulato nel manufatto loculo/cappella n. ....; fila n. ....;  
cimitero .....

**- l'autorizzazione al trasferimento del feretro all'interno del cimitero comunale nel manufatto  
cimiteriale:**

loculo n. ....; fila n. ....; cimitero .....

cappella n. ....; fila n. ....; cimitero .....

Concessione Rep.n. ....

Il/La Richiedente

.....

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, nella qualità di Concessionario/a o erede del concessionario/a del  
manufatto sopra indicato, come da Concessione di Rep.N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione, o uso, di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR  
28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della  
dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerge la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75  
D.P.R. n. 445/00)

**DICHIARA**

che il defunto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è :

suo parente in linea retta  suo parente in linea collaterale  suo affine  suo convivente

In applicazione dell' art.40 del Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria, in virtù di quanto dichiarato,

**AUTORIZZA**

La sepoltura del/la defunto/a \_\_\_\_\_ nel manufatto individuato nella  
Concessione di Rep. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ .

Il/La Concessionario/a

\_\_\_\_\_

Allega fotocopia carta identità richiedente

Allega fotocopia carta identità concessionario/erede concessionario

Allega ricevuta versamento per complessivi €356,00 (184€+57€+115€)

Allega bonifico di €47,83 intestato a ASL NAPOLI 2 NORD causale NULLA OSTA SANITARIO,

Iban: IT 24E030 6940 1031 0000 0300 014

