Spazio riservato all'Ufficio
Prot. N.
Data:

Spett.li Ufficio Servizio Cimiteriale
Comune di Cagliari

Ufficio Ragioneria
Comune di Cagliari

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO LAMPADF VOTIVE CIMITERIALI.

Il/La sottoscritto/a⁽¹⁾ _____ Nato/a a _____ (____) il giorno _____
Codice Fiscale _____ Residente in Via/Strada/Loc. Piazza _____
n. _____ Interno _____ Città _____ (____) CAP _____ Cell. _____
Telefono _____ E-mail _____ PEC _____

In qualità di:

Intestatario del servizio lampade votive

Erede dell'intestatario servizio lampade votive

CHIEDE⁽¹⁾

ALLACCIO⁽²⁾

DIRITTO FISSO DI ALLACCIO € 10,00

DISTACCO

SUBENTRO/VOLTURA EX INTESTATARIO Sir./ra _____

Della/e lampada/e votiva/e ubicata/e nel CIMITERO DI: _____

UBICAZIONE				NOME DEFUNTO/I	OPERAZIONE
Loculo n:	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	
Loculo n:	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	
Loculo n:	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	
Loculo n:	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	
Campo comune	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	
Campo comune	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	
Tomba loggiato	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	
Tomba di Fam.	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	
Cappella	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	
Lapide Comm.va	_____	Blocco	_____	Nome defunto/i _____	

DICHIARA

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui art.13 e 14 del GDPR 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cagliari, lì _____

(Firma del Dichiarante)

Riservato all'Ufficio

Effettuato il _____

(Firma del Dipendente)

Note:

⁽¹⁾ allegare documento di identità e codice fiscale dichiarante

⁽²⁾ In caso di allaccio è previsto un diritto fisso pari a € 10,00 da corrispondere una tantum a favore del Comune di Cagliari