

Riservato Ufficio
Prot. n.
Data

ALL'UFFICIO TECNICO

AI SERVIZI CIMITERIALI

COMUNE DI CAGLI

OGGETTO: RICHIESTA VARIAZIONE LAMPADE VOTIVE.

Il/la sottoscritto/a _____

Residente in _____ localit  _____ n. _____ int. _____

Citt  _____ CAP _____ Tel. _____

Data di nascita _____ Luogo _____ (PU)

Codice Fiscale _____ TEL. _____
E-MAIL _____

☐ Intestatario del servizio lampade votive

☐ Erede dell'intestatario del servizio luce votiva

C H I E D E
DALLA DATA DEL _____ - _____ CIMITERO DI _____

☐ L'allaccio

☐ Il distacco

☒ Il subentro -ex intestatario Sig./a: _____

☐ Variazione indirizzo _____

☐ loculo n. _____ n. _____ BLOCCO per il/i seguente/i defunto/i -
(INDICARE NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA)

☐ loculo n. _____ n. _____ BLOCCO per il/i seguente/i defunto/i

☐ loculo n. _____ BLOCCO n. _____ per il/i seguente/i defunto/i

☐ loculo n. _____ CAMPO COMUNE n. _____ per il/i seguente/i defunto/i
(INDICARE NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA)

☐ TOMBA LOGGIATO n. _____ per il/i seguente/i defunto/i
(INDICARE NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA)

☐ TOMBA FAMIGLIA n. _____ per il/i defunto/i _____
(INDICARE NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA)

☐ CAPPELLA _____ per il/i defunto/i _____
(INDICARE NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA)

☐ LAPIDE COMM. VA N. _____ per il/i defunto/i _____
(INDICARE NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA)

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, si autorizza l'utilizzo dei dati soprariportati esclusivamente ai fini del procedimento per cui sono richiesti.

L , _____

Firma

(Allegare documento di identit )

N.B. Il modulo debitamente compilato   da riconsegnare al Comune di Cagli e deve essere inviato anche per e-mail esclusivamente all'indirizzo del protocollo del Comune : municipio@comune.cagli.ps.it o per posta.

-Il servizio   fornito in abbonamento annuale decorrente dal 1  gennaio al 31 dicembre di ciascun anno solare (ART.5 comma 2 Regolamento Comunale Del.C.C. N.76 DEL 29-11-2023)