



# COMUNE DI ACERNO

Provincia di Salerno

**- La città dalle cento acque -**

Al Responsabile dei Servizi Cimiteriali  
del Comune di Acerno (SA)

Oggetto: Richiesta autorizzazione alla estumulazione straordinaria

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ e residente in

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

## CHIEDE

ai sensi degli articoli 82 e seguenti del D.P.R. n.285/90 – Regolamento di Polizia Mortuaria - l'autorizzazione alla estumulazione straordinaria della salma di \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ e deceduto il \_\_\_\_\_, sepolto nel cimitero di Acerno presso

(contrassegnare il tipo di sepoltura per la localizzazione del feretro come da determina dirigenziale n. 173 del 09.12.2024 "Approvazione piantina del Cimitero con annessa numerazione")

<input type="checkbox"/>	VIALE lettera _____ n _____ CAPPELLA/TOMBA _____
<input type="checkbox"/>	VIALE lettera _____ LOCULO comunale in concessione

Per la seguente motivazione

- traslazione della stessa salma in area cimiteriale presso:

<input type="checkbox"/>	VIALE lettera _____ n _____ CAPPELLA/TOMBA _____
<input type="checkbox"/>	LOCULO comunale in concessione VIALE lettera _____

- ALTRO (specificare)

□	
---	--

a tal fine, il/la sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo DPR n.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

DICHIARA

- di agire in qualità di \_\_\_\_\_, legittimato ad eseguire la estumulazione per le motivazioni addotte;
- che la salma, ai sensi del Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria e della normativa vigente in materia, può essere trasferita e tumulata nell'area dichiarata;
- di assumersi ogni responsabilità, sollevando e tenendo indenne il Comune di Acerno, da ogni e qualsiasi pretesa, ragioni o recriminazioni che dovessero essere avanzate da terzi con riferimento alle operazioni richieste con la presente;
- di essere a conoscenza che il parere ASL, che si allega alla presente, è condizione imprescindibile per l'esecuzione di tutte le operazioni straordinarie, a fronte delle quali si obbliga a corrispondere all'ASL quanto da questa richiesto per l'espletamento delle attività di competenza della stessa.
- Indica che le suddette operazioni verranno eseguite dalla ditta \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_, in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e che il titolare del trattamento è il Comune di Acerno.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data della dichiarazione)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Allega copia del documento di identità**

*(SOLO PER LE ESTUMULAZIONI STRAORDINARIE)* Allega copia del parere ASL