



# Comune di Capoterra

Provincia di Cagliari

## Settore Necroscopico Cimiteriale

Telefono 070 7239 225 Fax 070 7239 204 Indirizzo e-mail ssttmiquelis@Tiscalinet.it

### RICHIESTA ACQUISTO LOCULO

#### Al Sig. Sindaco del Comune di Capoterra

- Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ ;

#### CHIEDE

chiede che gli venga concesso di acquistare N° \_\_\_\_\_ loculo/i a carattere TRENTENNALE così come previsto dal vigente regolamento comunale di polizia mortuaria, per:

#### Tumulazione/Traslazione della salma di:

- Defunto/a \_\_\_\_\_ Deceduto/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
- Defunto/a \_\_\_\_\_ Deceduto/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ; Importo € \_\_\_\_\_

#### Prenotazione per viventi:

- Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
- Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ; Importo € \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di accettare tutte le disposizioni di Polizia Mortuaria e Cimiteri contenute nel vigente regolamento, che regolano la concessione richiesta.

**DICHIARO DI AGIRE PER NOME E PER CONTO DI TUTTI GLI AVENTI DIRITTO.**

Capoterra li \_\_\_\_\_

**Il Richiedente**

\_\_\_\_\_