

Marca da
Bollo

**Al Responsabile del Servizio Tecnologico
Cimiteriale
del Comune di Uta
Pizza S'Olivariu sn
09010 UTA**

OGGETTO: Istanza di autorizzazione per esumazione resti mortali - estumulazione salma per traslazione (Artt. da 82 a 89 del D.P.R. 10 settembre 1990 n.285)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ e residente in _____
Via _____ n° _____ C.F. n° _____
in qualità di ¹ _____
del defunto/a _____ nato/a il _____
a _____ deceduto/a il _____
a _____ causa del decesso: _____

CHIEDE

l'autorizzazione, ai sensi degli artt. 82 e s.s. del D.P.R. n° 285/90, a svolgere le seguenti operazioni:

- | | |
|--|---|
| ☐ ² ESUMAZIONE e riduzione dei resti | ☐ ² ORDINARIA |
| ☐ ² ESTUMULAZIONE salma | ☐ ² STRAORDINARIA |
| ☐ ² TRASLAZIONE | |

della salma sopra indicata, per il seguente motivo: _____
dalla attuale sepoltura, nel cimitero di Siliqua: Loculo n° / Tomba n° _____
Corpo n° / Quadro n° _____ lato _____ fila _____
in concessione a: ³ _____
Per traslarla in altra sepoltura: Loculo n° / Tomba n° _____
Corpo n° / Quadro n° _____ lato _____ fila _____
in concessione a: ³ _____
nel cimitero del Comune di: _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del DPR n° 445/2000

DICHIARA

- che la presente istanza è avanzata col consenso dei familiari più prossimi del de cuius individuati a mente dell'art. 74 e seguenti del codice civile e, per quanto attiene la concessione cimiteriale, col consenso di tutti gli aventi causa, sollevando pertanto questa Amministrazione da eventuali contestazioni che possano sorgere tra gli stessi;
- di accettare la obbligatoria rinuncia alla concessione cimiteriale liberata;
- di assumere, in merito alla presente, ogni responsabilità;
- di essere informato e di autorizzare, ai sensi del D.Lgs. n° 196 del 30/06/2003 Testo Unico sulla privacy - Codice sulla protezione dei dati personali, l'uso dei dati personali che saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Siliqua, lì _____

IL RICHIEDENTE

N.B.: Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38, D.P.R. n. 445/2000).

¹ Coniuge, padre, figlio, fratello, familiare, incaricato dell'impresa di onoranze funebri (indicare la denominazione), esecutore testamentario, ecc;

² Barrare la o le voci pertinenti;

³ Cognome e nome del concessionario con indicazione degli estremi dell'atto di concessione o dell'eventuale richiesta e pagamento;

⁴ Per l'estumulazione dei feretri il medico dell'A.S.L. Addetto al servizio di Polizia Mortuaria deve constatare la perfetta tenuta del feretro e dichiarare che il suo trasferimento in altra sede può farsi senza alcun pregiudizio per la pubblica salute (art. 88 del Reg.);

COMUNE DI UTA - Provincia di Cagliari

Piazza S'Olivariu sn - 09010 UTA

Partita I.V.A. n°01690170921 - C.F. n° 80009610926

Telefono 070/96660211 Fax 07096660217

e-mail: tecnologici@comune.uta.ca.it

Servizio Tecnologico e Cimiteriale

Visto si trasmette al Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, ufficio di polizia mortuaria, della ASL n° 8 - Cagliari, per il prescritto nulla osta⁴ con riserva di accordi per le operazioni di:

☐ ² ESUMAZIONE e riduzione dei resti

☐ ² ORDINARIA

☐ ² ESTUMULAZIONE salma

☐ ² STRAORDINARIA

☐ ² TRASLAZIONE

Uta, lì _____

**IL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO TECNOLOGICO
CIMITERIALE**

- geom. Giuseppe Chiacchio -

Azienda Sanitaria Locale n° 8 - Cagliari Dipartimento Igiene e Sanità Pubblica - Ufficio di Polizia Mortuaria

Vista la causa di morte e le condizioni del feretro Nulla Osta alle operazioni di

☐ ² ESUMAZIONE e riduzione dei resti

☐ ² ORDINARIA

☐ ² ESTUMULAZIONE salma

☐ ² STRAORDINARIA

☐ ² TRASLAZIONE

Data di esecuzione concordata col Responsabile del Servizio

Data _____ ora _____

Il sottoscritto sanitario incaricato assiste alle operazioni sopra indicate dando atto che:

☐ ² l'esumazione/estumulazione e traslazione è stata effettuata con esito positivo

☐ ² l'esumazione/estumulazione e traslazione non è stata effettuata per le seguenti motivazioni:

☐ ² l'esumazione/estumulazione e traslazione è stata effettuata senza avvolgimento

☐ ² l'esumazione/estumulazione e traslazione è stata effettuata con avvolgimento

☐ ² l'esumazione/estumulazione, la riduzione resti e la traslazione è stata effettuata con esito positivo

Siliqua, lì _____

Il Medico di Igiene e Sanità Pubblica

¹ Coniuge, padre, figlio, fratello, familiare, incaricato dell'impresa di onoranze funebri (indicare la denominazione), esecutore testamentario, ecc;

² Barrare la o le voci pertinenti;

³ Cognome e nome del concessionario con indicazione degli estremi dell'atto di concessione o dell'eventuale richiesta e pagamento;

⁴ Per l'estumulazione dei feretri il medico dell'A.S.L. Addetto al servizio di Polizia Mortuaria deve constatare la perfetta tenuta del feretro e dichiarare che il suo trasferimento in altra sede può farsi senza alcun pregiudizio per la pubblica salute (art. 88 del Reg.);

A CURA DEL NECROFORO

Firma dei famigliari se presenti allo svolgimento delle operazioni:

firma del necroforo a lavori eseguiti

Uta, lì

¹ Coniuge, padre, figlio, fratello, familiare, incaricato dell'impresa di onoranze funebri (indicarne la denominazione),esecutore testamentario, ecc;

² Barrare la o le voci pertinenti;

³ Cognome e nome del concessionario con indicazione degli estremi dell'atto di concessione o dell'eventuale richiesta e pagamento;

⁴ Per l'estumulazione dei feretri il medico dell'A.S.L. Addetto al servizio di Polizia Mortuaria deve constatare lo perfetta tenuta del feretro e dichiarare che il suo trasferimento in altra sede può farsi senza alcun pregiudizio per lo pubblica salute (art. 88 del Reg.);