|  |  |
| --- | --- |
|  | **COMUNE di GIAVE**Provincia di Sassari  |
| C.A.P. 07010 – Corso Repubblica n°42/CTel. 079 869050 – 079 869101 Mail protocollo@pec.comune.giave.ss.it  |

# SERVIZI CIMITERIALI

**D O M A N D A**

**di autorizzazione per ESUMAZIONE/ESTUMULAZIONE straordinaria di salma**

(Artt. 83 a 89 del D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285)

AL SIG. SINDACO del COMUNE DI GIAVE

Ufficio Servizi Cimiteriali

Corso Repubblica n. 42/C

07010 GIAVE (SS)

protocollo@pec.comune.giave.ss.it

ufficiotecnico@comune.giave.ss.it

…Il... sottoscritt…. ……………….. nat……….a …………. il …………… residente in …………. (…………..) VIA ………….. N. …………. … CF ……………….. Nella qualità di (1) …………………………….del defunto ………………………. nato a …………… il ……………….. e deceduto a ………………… il ………………. recapito telefonico ……………………. - Mail ……………………………………………………………………….

C H I E D E

di essere autorizzato/A a procedere alla estumulazione della salma del….. defunt……………

 e s u m a z i o n e e r i d u z i o n e d e i r e s t i

stess…. d a l l o c u l o , n. …..…… …. …… fila ……………. ………….. ……………….

 d a l l a t o m b a

………. ……..…… del cimitero di GIAVE per il seguente motivo; ……………………………………….. ………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….…….….…..

……………………………………………………………………………………….….……………...

Chiede, inoltre, l’usabilità

del loculo

Cappella

. n…..……… …. ……………. . del

della tomba q u a d r a t o

cimitero di GIAVE nel uguale intende ritumulare la suddetta salma o resti di salma.

Luogo E Data ……………………….. IL RICHIEDENTE

……………………………………………

Si allega copia doc. identità del richiedente

**Parte riservata agli uffici**

**COMUNE DI GIAVE** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* **PROVINCIA DI SASSARI**

 TELEFONO 079869050 \_

Prot. N.

Visto, si trasmette al Servizio di Igiene pubblica e del Territorio, Ufficio di

polizia mortuaria, della competente U.S.L., per il prescritto nulla osta (2) con riserva di

estumulazione della salma .

accordi per le operazioni di

e s u m a z i o n e e r i d u z i o n e d e i r e s t i

Addì ………………………………… IL SINDACO

……………………………………

**UNITÀ SANITARIA LOCALE SASSARI**

SERVIZIO DI IGIENE PUBBLICA DEL TERRITORIO – UFFICIO DI POLIZIA MORTUARIA

Visto: Nulla osta

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Addì …………………………. IL MEDICO ADDETTO

.……………………………………

------------------

(1) Coniuge, padre, incaricato della famiglia, ecc.

(2) Per l’estumulazione dei feretri il medico dell’U.S.L. o/e addetto al Servizio di Polizia mortuaria, dovrà constatare la perfetta tenuta del feretro e dichiarare che il suo trasferimento in altra sede può farsi senza alcun pregiudizio per la pubblica salute .