

**Amministrazione destinataria**

Comune di Olgiate Comasco

Ufficio destinatario

UO Protocollo

Domanda di prenotazione del servizio di cremazione**Il sottoscritto**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

in qualità di

Ruolo (*)

Ruolo (*)

concessionario, coniuge del defunto, convivente del defunto, esecutore testamentario del defunto, figlio del defunto, genitore del defunto, parente di secondo o terzo grado del defunto

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la prenotazione del servizio di cremazione

- ☐ del cadavere
- ☐ dei resti mortali o resti ossei

del defunto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Luogo del decesso									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Data del decesso			Ora del decesso						

per la seguente data

Data richiesta

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il materiale del feretro è

- ☐ legno e barriera
- ☐ cellulosa e barriera
- ☐ legno e zinco
- ☐ altro *(specificare)*

che la dimensione del feretro è

- ☐ di misura standard
- ☐ fuori misura *(specificare)*

che il peso del feretro è

- ☐ superiore a 150 kg
- ☐ inferiore a 150 kg

che l'involucro

- ☐ è autorizzato dal Ministero della Sanità
- ☐ non è autorizzato dal Ministero della Sanità

che il decesso è avvenuto

- ☐ non a causa di malattia infettiva
- ☐ a causa di malattia infettiva, pertanto

allega certificazione dell'autorità sanitaria competente di avvenuto trattamento

che i parenti

- ☐ saranno presenti durante la cremazione
- ☐ non saranno presenti durante la cremazione

che le ceneri saranno destinate a

- ☐ tumulazione
- ☐ dispersione
- ☐ affidamento

che il cadavere

- ☐ non è portatore di protesi metalliche
- ☐ è portatore di protesi metalliche

che il cadavere

- ☐ non è portatore di stimolatore cardiaco o altro apparecchio elettromedicale a batteria
- ☐ era portatore di stimolatore cardiaco o altro apparecchio elettromedicale a batteria ma tale apparato è già stato espantato in funzione della cremazione

che, relativamente agli ornamenti metallici del feretro

- ☐ acconsente che gli stessi siano asportati dal personale del forno crematorio per il successivo smaltimento
- ☐ provvederà alla asportazione degli stessi presso la camera mortuaria, preventivamente al trasporto del feretro al forno crematorio

DICHIARA INOLTRE

- ☒ che al momento della chiusura del feretro, nessun altro oggetto a batteria era presente nel corredo funerario
- ☒ di essere stato informato che la presenza degli oggetti sopra indicati può provocare danneggiamenti anche rilevanti alla struttura dell'impianto crematorio e che per eventuali danni verrà chiamato al rimborso delle spese sostenute e documentate

COMUNICA INOLTRE

☐ che per il ritiro delle ceneri è stato incaricato

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

in qualità di

Ruolo

☐ la documentazione è trasmessa dall'agenzia rappresentata da

Cognome

Nome

Codice Fiscale

in qualità di

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale

Tipologia

Sede legale

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

☐

SNC

Codice Fiscale

Partita IVA

Telefono

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

pertanto allega copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente

pertanto allega copia del documento d'identità del sottoscritto

Ruolo ():*

titolare, legale rappresentante o incaricato

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ certificazione dell'autorità sanitaria competente di avvenuto trattamento
- ☐ copia del modulo compilato e sottoscritto con firma autografa dal richiedente
- ☐ copia del documento d'identità del sottoscritto

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa o se la documentazione è trasmessa dall'impresa di onoranze funebri)

- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Olgiate Comasco

Luogo

Data

il dichiarante