

Amministrazione destinataria

Regione Calabria

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo



## Domanda di autorizzazione al trasporto di cadavere, ceneri o resti mortali

*Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 10/09/1990, n. 285*

### Il sottoscritto rappresentante della società incaricata per l'esecuzione dei lavori

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>		

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>			

Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>		<input type="text"/>						

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**in qualità di** (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo							
<input type="text"/>							

Denominazione/Ragione sociale	Tipologia
<input type="text"/>	

Sede legale								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>		<input type="text"/>						

Codice Fiscale	Partita IVA
<input type="text"/>	

Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>		

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

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

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione al trasporto funebre di

- cadavere
- ceneri
- resti mortali o resti ossei inumati/tumulati

Titolo autorizzativo alla esumazione/estumulazione

Numero	Data	Ente di riferimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**del defunto**

Cognome	Nome	Codice Fiscale							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>	
Luogo del decesso									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
								<input type="checkbox"/>	
Data del decesso				Ora del decesso					

**con partenza da**

Luogo di partenza

**con destinazione finale a**

Luogo di arrivo

**con eventuale sosta intermedia**

Luogo di sosta intermedia
Motivazione

**e ulteriore sosta intermedia**

Luogo di sosta intermedia
Motivazione

**con funerale previsto il**

Data funerale

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 veritieri e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che il trasporto sarà effettuato

- con mezzo proprio  
*(solo per il trasporto di ceneri)*

- con Autofunebre

Modello

Targa

--	--

Data del trasporto	Ora del trasporto

**e che il soggetto incaricato del trasporto è**

Cognome

Nome

Codice Fiscale

**Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- 
- pagamento dell'imposta di bollo

- 
- 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.

Luogo

Data

Il dichiarante