



COMUNE DI VALLE SALIMBENE

Provincia di Pavia

Via Valle, 4
27010 Valle Salimbene
e-mail staff@vallesalimbene.org
PEC: staff@pec.vallesalimbene.org

Tel. 0382485036
Fax. 0382587081
C.F.00466530185

Oggetto: richiesta di traslazione.

Il/la sottoscritto/a _____

Cod. Fisc. _____ nato/a a _____ il

_____ residente a _____ in via _____

n. _____ telefono _____ indirizzo di posta elettr _____

a conoscenza di quanto previsto dal vigente regolamento di polizia mortuaria e
dei servizi funerari del Comune di Valle Salimbene,

CHIEDE

La traslazione del defunto

(rapporto di parentela _____), deceduto/a in data _____

dal loculo/ossario/cinerario/tomba di famiglia n. _____ fila _____ corpo _____

nel loculo/ossario/cinerario/tomba di famiglia n. _____ fila _____ corpo _____

DICHIARA

che non vi sono parenti aventi diritto contrari e che il sottoscritto agisce
in nome e per conto di tutti gli aventi titolo;

Altre comunicazioni: _____

Valle Salimbene, li _____

Il/la dichiarante
