



# COMUNE DI VALLE SALIMBENE

Provincia di Pavia

Via Valle, 4  
27010 Valle Salimbene  
e-mail [staff@vallesalimbene.org](mailto:staff@vallesalimbene.org)  
PEC: [staff@pec.vallesalimbene.org](mailto:staff@pec.vallesalimbene.org)

Tel. 0382485036  
Fax. 0382587081  
C.F.00466530185

**Oggetto: richiesta di immissione resti.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

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,

RIVOLGE DOMANDA PER ESSERE AUTORIZZATO ALLA

Immissione dei resti mortali del defunto

\_\_\_\_\_,'

in quanto parente avente titolo, (rapporto di parentela \_\_\_\_\_)

nato /a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ deceduto/a in data

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ultima residenza \_\_\_\_\_

nel loculo / ossario / cinerario / tomba di famiglia/cappella n. \_\_\_\_\_ fila

\_\_\_\_\_ corpo \_\_\_\_\_, posto nel Cimitero Comunale di Valle

Salimbene, avendo il/la defunto/a diritto alla sepoltura nel cimitero sopra

indicato ai sensi del Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria;

RICHIEDE INOLTRE

DICHIARA

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

- di assumere a proprio carico le spese relative all'operazione;

Altre comunicazioni: \_\_\_\_\_

Valle Salimbene, li \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante

\_\_\_\_\_