



# 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 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

\_\_\_\_\_