

Amministrazione destinataria

Regione Piemonte

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di accesso al cimitero con mezzi propri

Il sottoscritto

| | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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 per l'accesso al cimitero tramite

| |
|---|
| <input type="radio"/> autovettura privata |
| Targa |
| <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> ciclomotore |
| Targa |
| <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> bicicletta |

Soggetto interessato

- ☐ per se stesso
- ☐ per la persona di seguito specificata

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

al cimitero di

Denominazione del cimitero

in quanto

Motivazione richiesta

☐ soggetto con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta certificata

pertanto allega copia del certificato medico

☐ titolare di contrassegno per disabili

Numero contrassegno

Data rilascio

Ente di riferimento

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

☐ copia del certificato medico

☐ copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ 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