

Marca
da bollo

D O M A N D A
di autorizzazione per estumulazione straordinaria
di salma o per esumazione straordinaria
e riduzione dei resti

(Artt. 83 e seguenti del D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285)

AL SIG. SINDACO DI
ORBASSANO

Il sottoscritto
nato il residente in
..... nella qualità di (1)
del defunto
nato il e deceduto il

C H I E D E

di essere autorizzato a procedere alla estumulazione della salma del de-
esumazione e riduzione dei resti
funto stesso dalla tomba n. arcata n. braccio n.
del cimitero di per trasportarla in altra
sepoltura e precisamente (2)

Data

IL RICHIEDENTE

COMUNE DI

Visto, si trasmette al Coordinatore sanitario pel nulla osta, salvo a pren-
dere gli accordi per effettuare la estumulazione della salma
l'esumazione e riduzione dei resti

Addi

IL SINDACO

(Riferimento del Coordinatore sanitario) (3):

Visto: Nulla osta.

Addi

IL SANITARIO

(Bollo)

(1) Coniuge, padre, incaricato della famiglia, ecc.
(2) Per tumulare nuovamente nella stessa tomba in idonea cassa; oppure per cre-
mare; oppure per trasportarla nel cimitero del Comune di....., ecc.
(3) Per l'estumulazione dei feretri il Coordinatore sanitario deve constatare la per-
fetta tenuta del feretro e dichiarare che il suo trasferimento in altra sede può farsi senza
alcun pregiudizio per la pubblica salute (Art. 88 del Reg.).