



## Comune di VILLASANTA

SETTORE SERVIZI GENERALI E COMUNICAZIONE  
Segreteria Generale

Piazza Martiri della Libertà, 7 – 20852 VILLASANTA  
Telefono 03923754.254 – 213 – 215 - 214  
Fax 039305042  
[segreteria@comune.villasanta.mb.it](mailto:segreteria@comune.villasanta.mb.it)  
PEC: [protocollo@pec.comune.villasanta.mb.it](mailto:protocollo@pec.comune.villasanta.mb.it)  
[www.comune.villasanta.mb.it](http://www.comune.villasanta.mb.it)

Imposta  
di bollo  
€ 16,00

### Domanda di concessione cimiteriale colombari

Il/ La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (.....) il.....  
residente a ..... (.....)  
in via ..... N.....  
codice fiscale ..... tel.....

#### CHIEDE

La concessione d'uso trentennale del :

Colombaro n. .... Settore .....

#### DICHIARA

1. Che lo spazio cimiteriale è richiesto per la tumulazione **della salma** di  
..... nato a .....  
il ..... e deceduto/a a ..... il .....
2. Di essere nel seguente rapporto di parentela con il defunto : .....



## Comune di VILLASANTA

SETTORE SERVIZI GENERALI E COMUNICAZIONE  
Segreteria Generale

Piazza Martiri della Libertà, 7 – 20852 VILLASANTA  
Telefono 03923754.254 – 213 – 215 - 214  
Fax 039305042  
[segreteria@comune.villasanta.mb.it](mailto:segreteria@comune.villasanta.mb.it)  
PEC: [protocollo@pec.comune.villasanta.mb.it](mailto:protocollo@pec.comune.villasanta.mb.it)  
[www.comune.villasanta.mb.it](http://www.comune.villasanta.mb.it)

3. Di non essere concessionario nel Cimitero di Villasanta di più di una sepoltura di gruppo familiare o cappella e di non più di due sepolture singole.

4. Di assoggettarsi al pagamento della tariffa di concessione di € .....  
..... (Del. GC n. 46 del 22/3/2016)

5. Di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e art. 485 c.p.

I dati personali forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs 196/2003 esclusivamente per le finalità connesse alla fruizione del servizio/procedimento.

L'interessato ha i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs 196/2003.

Responsabile del trattamento dei dati : Dr.ssa Laura Castoldi

**Data**..... **Firma**.....

### **Allegati:**

copia documento di identità in corso di validità qualora la firma non sia apposta in presenza del funzionario ricevente la domanda.