

Spett.le AREA BLU Spa
Servizi Cimiteri
Comune di _____

Oggetto: RICHIESTA DI VOLTURAZIONE DELLA CONCESSIONE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Cod. Fisc. _____ residente a _____
in Via _____ n. _____, telefono _____,
indirizzo di posta elettronica _____,
grado di parentela rispetto al concessionario _____,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Cod. Fisc. _____ residente a _____ in
Via _____ n. _____, telefono _____,
indirizzo di posta elettronica _____,
grado di parentela rispetto al concessionario _____,

CHIEDE/CHIEDONO

LA VOLTURA DELL'INTESTAZIONE DELLA CONCESSIONE DI:

della Tomba di famiglia del loculo dell'ossario del cinerario

n. _____ GR. _____ posto/a nel cimitero di _____

intestata/o a _____ deceduto in data _____

a proprio nome e il conseguente aggiornamento della stessa come segue (indicare le quote indivise di
titolarità): _____

DICHIARA/DICHIARANO

- che non vi sono altri aventi diritto contrari;
- di assumere a proprio carico il pagamento della tariffa per il cambio di intestazione richiesto e di assumere a proprio carico gli oneri derivanti dal contratto di concessione
- di rispettare integralmente gli obblighi concessori;

- di designare quale rappresentante della concessione il/la Sig./ra _____
_____, al/alla quale verranno notificate tutte le comunicazioni concerni
la concessione suddetta;

Altre comunicazioni (comprese eventuali indicazioni di divisione dei posti:

Consapevole della responsabilità penale cui i dichiaranti possono incorrere nel caso di dichiarazioni false, di formazione e uso di atti falsi, di esibizione di atto contenente dati non più rispondenti a verità (art. 76 DPR n° 445/2000).

Si esonera AREA BLU SPA e il Comune di riferimento da qualsiasi responsabilità nei confronti di altri aventi causa o diritto.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- SCHEMA DELLA SITUAZIONE DEGLI EREDI RISPETTO AL CONCESSIONARIO (obbligatorio)
- EVENTUALI RINUNCE DI ALTRI AVENTI DIRITTO (corredate da copia fotostatica del documento di identità)
- MODULO AGGIUNTIVO PER ALTRI RICHIEDENTI LA VOLTURAZIONE

Comune _____,
li _____

Il/la dichiarante/i

(Allegare copia fotostatica del documento di identità)

(Allegare copia fotostatica del documento di identità)

Per ulteriori informazioni, di seguito i riferimenti di Area:

E-mail: servizicimiteri@areablu.com

Sede Uffici: c/o Cimitero del PIRATELLO: Via Emilia Ponente 24, 40026 IMOLA (BO)

Tel. 0542 40006 - Fax 0542 44407

MEDICINA (BO): Tel. 0542/689704 - Cell: 329/3191374

