

Marca da bollo  
€. 16,00

**Al Sig. SINDACO  
DEL COMUNE DI MENTANA**

OGGETTO: Richiesta autorizzazione ( ) per traslazione ( ) per riduzione resti mortali.

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( )

Residente a \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Nr. di telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Alla S.V. l'autorizzazione per la traslazione e/o riduzione dei resti mortali della salma del

Defunto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Deceduto/a il \_\_\_\_\_ dal loculo \_\_\_\_\_ avuto in prestito \_\_\_\_\_ di proprietà

**Dal** Gruppo \_\_\_\_\_ fila \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cimitero Mentana Castelchiodato \_\_\_\_\_

**Al** Gruppo \_\_\_\_\_ fila \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cimitero Mentana Castelchiodato \_\_\_\_\_

( ) tomba di proprietà lotto n. \_\_\_\_\_ nel Cimitero Mentana Castelchiodato \_\_\_\_\_

Le operazioni verranno svolte dall'Agenzia \_\_\_\_\_

Mentana, \_\_\_\_\_

Con osservanza

Si allega alla presente:

- 1) Ricevuta versamento di €. 41,32 intestato al Comuni di Mentana Servizio Tesoreria c/c n 51058006.
- 2) Due marche da bollo da €. 16,00

**Spazio riservato all'ufficio**

Traslazione effettuata in data \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

Firma Incaricato