

AUTORIZZAZIONE PER ESUMAZIONE – ESTUMULAZIONE DI SALMA
(Capo XVII D.P.R. 10.09.1990, n. 285)

Al Signor Sindaco del Comune di Ollolai

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____
il _____ residente a _____ via _____
nella sua qualità di _____ del defunto _____
nato il _____ deceduto il _____ in _____

CHIEDE:

l'autorizzazione per le operazioni di esumazione / estumulazione della salma del defunto predetto dal loculo / tomba n. _____ fila _____ arcata _____ braccio _____ del cimitero di Ollolai, per il seguente motivo: _____

DICHIARA:

di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ollolai, li _____

Il Richiedente

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NUORO
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Vista l'istanza del signor _____

Visto l' art. 84 del D.P.R. 10.09.1990, n. 285;

SI DICHIARA CHE NULLA OSTA ALLA ESUMAZIONE / ESTUMULAZIONE straordinaria della salma di _____ da eseguirsi il giorno _____ ore ____ .

Ollolai, li _____

Il Coordinatore Sanitario

COMUNE DI OLLOLAI (Provincia di Nuoro)

Vista l'istanza del signor _____

Visto l' art. 84 del D.P.R. 10.09.1990, n. 285;

Visto il nulla-osta del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della Azienda Sanitaria Locale di Nuoro;

SI AUTORIZZA:

l'operazione di esumazione / estumulazione straordinaria della salma di _____ con osservanza delle prescrizioni di cui al D.P.R. citato in premessa.

Ollolai, li _____

Il Sindaco

VERBALE DI ESUMAZIONE / ESTUMULAZIONE

L'anno duemila _____ il giorno _____ del mese di _____

alle ore _____ presso il Cimitero Comunale di Ollolai.

▪ Vista l'istanza del signor _____ ;

▪ Vista l'autorizzazione del Sindaco del Comune di Ollolai;

si è proceduto alle operazioni di esumazione / estumulazione straordinaria della salma di _____ per essere tumulata / inumata in _____ e sono state

osservate tutte le prescrizioni di cui al D.P.R. 10.09.1990, n. 285.

Note sulle operazioni eseguite:

Il Coordinatore Sanitario A.S.L.

L' Incaricato del Comune

I Testimoni

1) _____

2) _____