AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO
Area Contratti/Appalti
(Servizi cimiteriali)

Oggetto: Istanza assegnazione aree per “Tombe a terra e Cappelle Gentilizie ad 8 posti”.

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ e residente
a _____ via _____
_____ n. _____ C.F. _____
tel. _____ cellulare _____,

ai sensi dell'art. 9 del vigente del vigente Regolamento Cimiteriale approvato con delibera Commissariale n. 25 del 21.03.2006, modificato ed integrato con le delibere di C.C. n. 17 del 16.11.2006 e n. 18 del 23.05.2011, preso atto dell'Avviso del 05.06.2020 e di quanto riportato nello stesso,

C H I E D E

L'assegnazione di:

- n.** Area per tipologia costruttiva “**Tomba a terra singola**” (mq. 4,06 x Euro 470,09 per il costo di **Euro 1.908,56**) “Rep. A”;
- n.** Aree per la tipologia costruttiva “**Tombe a terra singole contigue**” da servire per la sepoltura di n. 2 unità (mq. 4,06 + 4,06 x Euro 470,09 per il costo di **Euro 3.817,12**), “Rep. C”;
- n.** Aree per la tipologia costruttiva “**Tombe a terra affiancate**” da servire per la sepoltura di n. 2 unità (mq. 9,918 x Euro 470,09 per il costo di **Euro 4.662,35**) “Rep. C”;
- n.** Area per la tipologia costruttiva “**Tombe a terra doppie**” da servire per la sepoltura di n. 4 unità (mq. 9,918 x Euro 470,09 + Euro 640,00 per il costo complessivo di **Euro 5.302,35**) Rep. ”B”;
- n.** Area per la tipologia costruttiva “**Cappella gentilizia ad 8 posti**” (mq. 17,32 x 550,00 al mq.) per il costo complessivo di **Euro 9.526,00** “Rep. F”;

A tal fine, ai sensi dell'art. 9 dei criteri di assegnazione dell'area del sopracitato regolamento, di cui alle lettere A, B, C E e D, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, quanto segue:

A) Età del richiedente : Anni _____

B) Nucleo Familiare: (indicare le generalità ed il rapporto di parentela dei componenti che usufruiranno della cappella o delle aree per tombe a terra **(escluso il richiedente)**):

Nome e cognome	luogo e data nascita	parentela
----------------	----------------------	-----------

C) Residenza in questo Comune:

- dalla nascita.
- dalla data del _____
(contrassegnare con una x)

D) Salme tumulate in loculi riutilizzabili dati in concessione dal Comune

(indicare: nome, cognome, data di decesso, rapporto di parentela del defunto e l'ubicazione della salma del defunto);

Di ascendente o discendente 1° grado

Nome e cognome defunto - data di decesso - rapporto di parentela - ubicazione della salma

Di ascendente o discendente 2° grado

Nome e cognome defunto - data di decesso - rapporto di parentela - ubicazione della salma

Di ascendente o discendente 3° grado

Nome e cognome defunto - data di decesso - rapporto di parentela - ubicazione della salma

Coniuge o convivente more uxorio

Nome e cognome defunto - data di decesso - rapporto di parentela - ubicazione della salma

Dette dichiarazioni saranno soggette a verifica.

A tal fine si allega in copia fotostatica :

Documento di identità del richiedente e di tutti i soggetti viventi indicati nella presente .

Capo d'Orlando, li _____

Firma del richiedente

N.B. Il costo della tipologia sopra richiesta, dovrà essere versato entro e non oltre giorni 20 (venti) dalla comunicazione di avvenuta individuazione dell'area oggetto di assegnazione;