

**Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio**  
Art. 47, D.P.R. 28/12/2000 n.445  
**Destinazione Resto Mortale a seguito di Concessione Scaduta**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome del Dichiarante)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76, D.P.R. n° 445/00, nel caso di dichiarazione non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi e che, ai sensi dell'art. 75, del D.P.R. n° 445/00, decadrà dai benefici eventualmente ottenuti.

**DICHIARO**

**in qualità di parente più prossimo del Defunto:**

(specificare la linea di parentela e indicare nome, cognome e data di nascita di ciascun parente)

Coniuge  Figlio/a/i  Nipote (specificare) \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Congiuntamente a \_\_\_\_\_

**che tutti i firmatari sono a conoscenza dell'Estumulazione Ordinaria del Resto Mortale**

di \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

e della contestuale ESTUMULAZIONE  dei Resti Ossei  delle Ceneri

di \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

attualmente tumulato/i nel loculo concessione n° \_\_\_\_\_ del Cimitero \_\_\_\_\_  
(allegare la visura dell'ubicazione rilasciata da AMA-Cimiteri Capitolini)

**per consentire la successiva operazione di:**

Eventuale Raccolta in Cassetta Ossario  Cremazione e Traslazione  Traslazione  Inumazione (Resti Mortali; Urna Cineraria)

**con destinazione:**

Stesso Cimitero: nuova concessione (Ossari; Cinerari)  Stesso Cimitero: manufatto concessione n° \_\_\_\_\_

Altro cimitero di Roma: nuova concessione (Ossari; Cinerari)  Altro Cimitero di Roma: manufatto concessione n° \_\_\_\_\_

Affidò Urna Cineraria  Cimitero del Comune di \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)

**Incarico altresì, sollevando AMA SpA da qualsiasi responsabilità,**

per le operazioni amministrative sopra descritte, nel Cimitero: \_\_\_\_\_

il rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_  
(Nome Agenzia di O.O.F.F.)

**Il/La/I Dichiarante/i**

(Firmare per esteso e allegare copia sottoscritta di Documento d'Identità in corso di validità)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

