LA SOTTOSCRITTA DITTA O.F. _____

CON SEDE A _____ IN VIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

CHIEDE

PER CONTO DEL/LA SIG/SIG.RA _____

NATO/A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

IN VIA _____ N. _____ C.F. _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

O L'INUMAZIONE DELLA SALMA

O LA TUMULAZIONE DELLA SALMA

O LA TUMULAZIONE DELLE CENERI

DEL DEFUNTO _____ NATO/A A _____ IL _____

DECEDUTO/A A _____ IL _____

NEL CIMITERO DI _____

IN: O CAMPO COMUNE _____

O AREA IN CONCESSIONE _____

O LOCULO _____

O TOMBA DI FAMIGLIA _____

O OSSARIO _____

IL RITO FUNEBRE VERRA' CELEBRATO NELLA CHIESA DI _____

IL GIORNO _____ ALLE ORE _____ CON PARTENZA DA:

ARRIVO PREVISTO IN CIMITERO ALLE ORE _____ CIRCA.

CHIUSURA FERETRO ALLE ORE _____ IN DATA _____

LA DITTA _____

ALLEGATI:

DOCUMENTI DI IDENTITÀ, IN CORSO DI VALIDITÀ, E TESSERA SANITARIA DEL
DEFUNTO E DEL PARENTE PIÙ PROSSIMO