

DOMANDA PER IL RINNOVO DI OSSARIO

DATA _____

DEFUNTO (Nome e Cognome) _____

DATA DI MORTE _____

CIMITERO DI TRIBIANO - GRUPPO _____ OSSARIO N° _____ LATO _____

RICHIEDENTE (Nome e Cognome) _____

Luogo e Data di Nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente _____ Via/Piazza _____

Numero di Telefono _____

Rapporto di parentela _____

Da compilare a cura dell'ufficio

IMPORTO € _____

CONCESSIONE

Prezzo della concessione Euro 170,00

MODALITA' DI VERSAMENTO: da effettuare entro venti giorni dalla firma del presente atto con una delle seguenti modalità:

- In contanti presso il servizio di tesoreria comunale Intesa San Paolo – Agenzia di Tribiano Via della Liberazione;
- Bonifico bancario c/o Intesa San Paolo – Agenzia di Tribiano – Comune di Tribiano - IBAN IT94W0306970560100000300003;
- versamento in conto corrente postale n° 33470204 intestato a – Comune di Tribiano

CAUSALE DEL VERSAMENTO: rinnovo concessione per ossario - defunto/a

Cognome _____ Nome _____

**DATA PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLA SCRITTURA PRIVATA _____
ALLA FIRMA DEL CONTRATTO PRESENTARSI CON MARCA DA BOLLO DA
€ 16,00 E RICEVUTA DEL VERSAMENTO EFFETTUATO.**

FIRMA DEL RICHIEDENTE
