

CODICE PRATICA RIFERIMENTO

Allo Sportello Unico _____ Comune / Comunità / Unione _____

RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DAL REGISTRO DELLE CREMAZIONI

(L.R. n. 3 dell'11/03/20156 art. 51)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(sempre necessario)

Cognome	Nome		Codice fiscale	
Luogo di nascita	Provincia	Stato	Data nascita	Sesso (M/F)
Residente in	Provincia	Stato	Cittadinanza	
Indirizzo residenza	N. civico		CAP	
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)		Telefono fisso / cellulare	

avendo presentato in data

richiesta di iscrizione nel registro per la cremazione

CHIEDE

di essere **cancellato** dal suddetto registro

DICHIARA INOLTRE

di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata sul portale di riferimento

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni

ALLEGATI

<input checked="" type="checkbox"/>	Allegato
<input checked="" type="checkbox"/>	Copia documento di identità
<input checked="" type="checkbox"/>	Estremi dei codici identificativi delle marche da bollo e scansione delle stesse, annullate mediante la data, ovvero altre modalità di assolvimento, anche virtuale, dell'imposta di bollo
<input type="checkbox"/>	Altri allegati

Inserire una breve descrizione dell'allegato...

Richiedente