

 <p>Città di Chiari</p>	Amministrazione destinataria Comune di Chiari	
	Ufficio destinatario Ufficio servizi demografici e cimiteriali	

Domanda di pagamento della lampada votiva a saldo

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

il pagamento della lampada votiva a saldo del defunto

<input checked="" type="checkbox"/> defunto				
Cognome		Nome		
Data di nascita		Data di decesso		
<input type="radio"/>	tomba di famiglia			
	Denominazione	Numero	Campo numero	Decorrenza
<input type="radio"/>	tomba sociale			
	Tomba sociale	Settore	Loculo	Decorrenza
<input type="checkbox"/> ulteriore defunto				
Cognome		Nome		
Data di nascita		Data di decesso		
<input type="radio"/>	tomba di famiglia			
	Denominazione	Numero	Campo numero	Decorrenza
<input type="radio"/>	tomba sociale			
	Tomba sociale	Settore	Loculo	Decorrenza

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Chiari

Luogo

Data

Il dichiarante