



CITTÀ DI VALMONTONE

(Città Metropolitana di Roma Capitale)

SERVIZIO NECROSCOPICO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Art. 47 DPR 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritt _____
(Cognome e Nome del Dichiarante)

Codice Fiscale _____

Nat__ a _____ Pr. (____) il ___/___/___

E residente in Via/Piazza _____ n° _____

Città _____ Pr. (____) CAP _____

Recapito telefonico _____ - mail: _____

Consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76, DPR n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi e che, ai sensi dell'art. 75, del DPR n. 445/2000, decadrà dai benefici eventualmente ottenuti:

DICHIARO

Sotto la mia personale responsabilità, che:

(Cognome e Nome della Salma da Tumulare)

Nat__ a _____ Pr. (____) il ___/___/___

Decedut__ a _____ Pr.(____) il ___/___/___

In vita residente in Via/Piazza _____ n° _____

Città _____ Pr. (____) CAP _____

di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Il/La Dichiarante

Allega, ai sensi dell'art.38 comma 3, DPR 445/00 copia completa del documento d'identità o di altro documento riconoscimento equipollente.