

Amministrazione destinataria

Regione Abruzzo

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## Domanda di accesso al cimitero con mezzi propri

### Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione per l'accesso al cimitero tramite

<input type="radio"/> autovettura privata
Targa
<input type="text"/>
<input type="radio"/> ciclomotore
Targa
<input type="text"/>
<input type="radio"/> bicicletta

### Soggetto interessato

- ☐ per se stesso
- ☐ per la persona di seguito specificata

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### al cimitero di

Denominazione del cimitero

### in quanto

#### Motivazione richiesta

☐ soggetto con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta certificata

**pertanto allega copia del certificato medico**

☐ titolare di contrassegno per disabili

Numero contrassegno

Data rilascio

Ente di riferimento

#### Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

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

☐ copia del certificato medico

☐ copia del documento di identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

☐ altri allegati

### 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)*

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

Il dichiarante