

	Amministrazione destinataria Comune di Gemona del Friuli Ufficio destinatario Ufficio Vigilanza	
---	--	--

Domanda di traslazione all'interno del cimitero

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				
In qualità di											
Ruolo											

CHIEDE

lo spostamento del feretro/cassetta resti ossei/urna cineraria

del defunto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita	
Cittadinanza				
Residenza in vita				
Provincia	Comune		Indirizzo	
			Civico	CAP
Luogo del decesso				
Provincia	Comune		Indirizzo	
			Civico	CAP
Data del decesso			Ora del decesso	

attualmente sito in			
Luogo			
<input type="radio"/>	tomba di famiglia		
	Riferimenti tomba		
<input type="radio"/>	loculo		
	Numero loculo	Fila	Campo
			Corpo

