Spett.le
Amministrazione Comunale di
C I L A V E G N A

OGGETTO: Retrocessione loculo.

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ (PV) il _____

residente in _____ (___) - Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

in qualità di concessionario/erede titolare della concessione n. _____ del _____

riguardante:

- locul____ post___ nel vecchio/nuovo cimitero comunale contraddistinti da:

[ ] n. _____ di cappella, locul___ n.._____

[ ] gruppo _____ - fila _____ - lettera _____

[ ] Campo n. 5 – blocco _____ - facciata _____ - locul___ n. _____

- Area posta nel campo n. _____ del vecchio cimitero comunale
- Area n. _____ posta nel vecchio/nuovo cimitero comunale

DICHIARA

di rinunciare a detta concessione e di accettare il rimborso, così come previsto dal Regolamento Comunale vigente, ammontante a complessivi € _____.

Cilavegna, li _____.

Il/La dichiarante

_____

Coordinate bancarie
Denominazione banca: _____

Codice IBAN _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del DGR 679/2016
Si comunica che i dati personali raccolti nell'ambito della presente procedura saranno utilizzati e finalizzati allo svolgimento della stessa e il loro trattamento sarà improntato ai principi di correttezza liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.
I diritti spettanti all'interessato sono analiticamente indicati nell'art. 15 del DGR 679/2016.