

COMUNICAZIONE PER RIMBORSO CREMAZIONE

(Delibera di Giunta Comunale n. 399 del 30/12/2002)

Al sig. Sindaco

del COMUNE DI GALLARATE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
Cod. Fiscale _____
Tel _____ E-mail _____
In qualità di _____ del/della defunto/a _____
Deceduto/a a _____ il _____
Cremato presso il tempio crematorio di _____ il _____

DICHIARA

- Di essere l'unico parente più prossimo ai sensi degli articoli 74,75,76 e 77 del codice civile;
- Di agire in nome e per conto e col preventivo consenso di tutti gli eredi interessati, così come di seguito indicati, e che in ogni caso l'Amministrazione s'intenderà e resterà estranea all'azione che ne consegue e, pertanto, di sollevare e tenere indenne il Comune di Gallarate da ogni e qualsiasi responsabilità derivante da pretese o recriminazioni che dovessero essere sollevate da terzi con riferimento alla presente istanza:

1. cognome –nome _____ in qualità di _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____

2 cognome –nome _____ in qualità di _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____

1. cognome –nome _____ in qualità di _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____

4. cognome –nome _____ in qualità di _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____

