



**Amministrazione destinataria**

Comune di Berchidda

**Ufficio destinatario**

Servizi cimiteriali

**Domanda di accesso al cimitero con mezzi propri**

**Il sottoscritto**

|                    |                |        |                             |                |                               |         |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             | Codice Fiscale |                               |         |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza                  |         |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico         | Barrato                       | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |        | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |         |       |       |     |     |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

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

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

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

autovettura privata  
Targa

ciclomotore  
Targa

bicicletta

**Soggetto interessato**

- per sé stesso
- per la persona di seguito specificata

**soggetto interessato**

|                 |  |       |                  |                |              |
|-----------------|--|-------|------------------|----------------|--------------|
| Cognome         |  | Nome  |                  | Codice Fiscale |              |
| Data di nascita |  | Sesso | Luogo di nascita |                | Cittadinanza |

## 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 (numero massimo di caratteri: 800)

## 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.

Berchidda

Luogo

Data

il dichiarante