

Marca da Bollo
da € 16.000

**Al Sindaco
del Comune di
RIPACANDIDA**

OGGETTO: Richiesta di cancellazione dal registro delle manifestazioni di volontà alla cremazione, ai sensi del comma 4, dell'art. 49, della L.R. 31/05/2016, n. 11

(da compilarsi a cura del richiedente)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in via _____

tel./cell. _____ e-mail o PEC _____

con la presente

CHIEDE

la **CANCELLAZIONE** della propria iscrizione dal **REGISTRO COMUNALE DELLE MANIFESTAZIONI DI VOLONTA' ALLA CREMAZIONE**, così come previsto dal comma 4, dall'art. 49, della L.R. 31/05/2016, n. 11, riportata al n° d'ordine _____ del registro in data _____.

data _____

Firma del dichiarante

NOTA: Allegare sempre un DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO del dichiarante

**RISERVATO ALL'UFFICIO
COMUNE DI RIPACANDIDA (PZ)**

Attesto che la suddetta dichiarazione

è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante, della cui identità personale mi sono accertato mediante _____

La presente richiesta di iscrizione è stata inserita nel Registro delle manifestazioni di volontà per la Cremazione di questo comune in data _____ al n. progressivo _____.

L'Ufficiale dello Stato Civile