

CODICE PRATICA  
\*CODICE FISCALE\*-GGMMAAAA-HH:MM

Mod. comunale  
(Modello 1532 Versione 001-2021)

CODICE PRATICA RIFERIMENTO

Allo Sportello Unico \_\_\_\_\_ Comune / Comunità / Unione \_\_\_\_\_

## RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER IL TRASPORTO DI SALMA IN STATO ADERENTE ALL'ACCORDO INTERNAZIONALE DI BERLINO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(sempre necessario)

|                             |                           |                            |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Cognome                     | Nome                      | Codice fiscale             |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>      | <input type="text"/>       |
| Luogo di nascita            | Prov                      | Stato                      |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>      | <input type="text"/>       |
| Residente in                | Prov                      | Stato                      |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>      | <input type="text"/>       |
| Cittadinanza                | <input type="text"/>      |                            |
| Indirizzo residenza         | N. civico                 | CAP                        |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>      | <input type="text"/>       |
| PEC (Domicilio elettronico) | Email (Posta elettronica) | Telefono fisso / cellulare |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>      | <input type="text"/>       |
| In qualità di <sup>1</sup>  |                           |                            |
| <input type="text"/>        |                           |                            |

<sup>1</sup>Coniuge, figlio, fratello, ecc., incaricato dell'impresa di onoranze funebri

### CHIEDE

☐ che venga rilasciata l'autorizzazione per il trasporto della salma della persona sotto indicata

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                 | Codice fiscale       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Luogo di nascita     | Prov                 | Stato                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Residente in         | Prov                 | Stato                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cittadinanza         | <input type="text"/> |                      |
| Indirizzo residenza  | N. civico            | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dati decesso

|                                      |                      |                      |                      |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Comune                               | Prov                 | Stato                | Cap                  |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.) |                      |                      | Data decesso         |
| <input type="text"/>                 |                      |                      | <input type="text"/> |
| Causa morte <sup>2</sup>             |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                 |                      |                      |                      |

<sup>2</sup>Indicare la malattia o lo stato morboso che ha direttamente causato il decesso

Perché sia trasportata in un Comune aderente all'accordo internazionale di Berlino

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| Comune partenza           | Comune destinazione  |
| <input type="text"/>      | <input type="text"/> |
| Stato comune destinazione | Mezzo trasporto      |
| <input type="text"/>      | <input type="text"/> |

La salma verrà

-

#### DICHIARAZIONI

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

#### DICHIARA INOLTRE

- ☐ di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata sul portale di riferimento

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni

#### ALLEGATI

- ☒ Documento d'identità in corso di validità

- ☐ Autorizzazione alla sepoltura, rilasciata dall'Ufficiale dello Stato Civile del Comune in cui è avvenuto il decesso

- ☐ Nulla osta dell'autorità consolare dello Stato verso cui la salma è diretta

- ☐ Certificato rilasciato dal competente servizio dell'Azienda Sanitaria Locale, attestante che sono state osservate le disposizioni di cui agli articoli 30 e 32 del D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 e, in caso di morte per malattia infettiva diffusiva, anche quanto previsto dagli articoli 18 e 25 del citato decreto del presidente della Repubblica

- ☒ Estremi dei codici identificativi delle marche da bollo e scansione delle stesse<sup>3</sup>

Identificativo marca da bollo

- ☐ Altri allegati

Inserire una breve descrizione dell'allegato...

<sup>3</sup>Una seconda marca da bollo sarà da apporre sul passaporto mortuario

Richiedente