

	Spazio riservato all'ufficio
	Prot.n.:
	RICEVUTO DA:.....

**Servizio Necroscopico-Cimiteriale**  
**Palazzo di Città**  
**Via Vittorio Veneto n. 12**  
**70024 - GRAVINA IN PUGLIA**

**OGGETTO:** Richiesta di inumazione diretta di salme e/o prodotti abortivi e umani.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Alla S.V.ill.ma di poter inumare in campo comune la sopracitata salma e/o prodotti abortivi e umani, per il periodo previsto dalla vigente normativa.

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente

Gravina lì \_\_\_\_\_

CON OSSERVANZA

---

**IL RESPONSABILE DELL'APPALTO SERVIZIO CIMITERIALE**

**VISTA** la domanda di cui sopra, che in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

Che può essere concesso la fossa n..... situato nella campo .....n.....fila.....

Altri estremi per l'individuazione del campo \_\_\_\_\_

Gravina lì \_\_\_\_\_

IL CUSTODE DEL CIMITERO

---

Responsabile Ufficio Cimiteriale: Dott.sa Rosalia Cassese  
Tel: 080.3259268 – e\_mail: [servizi.cimiteriali@comune.gravina.ba.it](mailto:servizi.cimiteriali@comune.gravina.ba.it)  
Orario al Pubblico: dal lunedì al venerdì: 09.00/12.00; martedì e giovedì: 16.00/18.00

## **SERVIZIO NECROSCOPICO CIMITERIALE**

**VISTI** i provvedimenti che disciplinano la inumazione diretta di salme e/o prodotti abortivi e umani;  
**VISTA** la disponibilità del campo;

### **A U T O R I Z Z A**

**L'inumazione diretta del defunto ..... a favore del Sig.....**

### **ADDETTO AL CONTROLLO**

**IL DIRIGENTE  
SERVIZI CIMITERIALI  
Dott. Francesco PARISI**