

		
--	---	--

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ARTT. 13 e 14 REG. UE 2016/679)**

Gentile Sig./Sig.ra,
ai fini previsti dal Regolamento Ue n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, La informo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti ed acquisiti dalla Garisenda s.r.l. avverrà secondo la normativa prevista dal citato Regolamento e nel rispetto dei diritti ed obblighi conseguenti.
In particolare, La informo che:

A) FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento è finalizzato unicamente:

- all'esecuzione del servizio funebre e, in generale, del contratto stipulato;
- all'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente e connessi all'esecuzione del contratto;
- all'esecuzione degli obblighi amministrativi e fiscali connessi all'esecuzione del servizio funebre;
- alla gestione del contratto stipulato;
- ad eventuali collaborazioni professionali esterne per l'adempimento degli obblighi di legge;
- alla tutela dei diritti contrattuali;
- alle analisi statistiche interne.

B) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento è realizzato attraverso operazioni effettuate con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Il trattamento è svolto dal titolare e dagli incaricati espressamente autorizzati dal titolare.

		
--	---	--

C) CONFERIMENTO DEI DATI E RIFIUTO

Il conferimento dei dati personali comuni è necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto A) e il rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di adempiere all'attività di cui al punto A).

Ai sensi degli artt. 9 e 10 Regolamento UE n. 2016/679, sempre allo scopo di fornire il servizio dal lei richiesto, il Titolare può trattare dati comuni e particolari da Lei conferiti e riguardanti il defunto, quali: nome e cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, dati idonei a rivelare le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere.

Le categorie di dati di cui al paragrafo precedente potranno essere trattati solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

D) COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati raccolti sono conosciuti esclusivamente dagli incaricati del trattamento e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto A) ad incaricati interni, consorzi funebri, banche, agenzie di annunci funebri, fiorai, marmisti nonché agli enti pubblici competenti. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

E) TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione europea o verso Paesi terzi rispetto a quelli dell'Unione europea o ad un'organizzazione internazionale, nell'ambito delle finalità di cui al punto a). Sarà comunicato all'interessato se esista o meno una decisione di adeguatezza della Commissione UE nei confronti dello Stato estero interessato che attesti l'esistenza di un livello di protezione dati "adeguato".

F) CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati sono conservati per il periodo necessario all'espletamento dell'attività e comunque non superiore a dieci anni.

		
--	---	--

G) TITOLARE DEL TRATTAMENTO

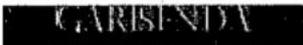
Il titolare del trattamento è la ditta Garisenda Onoranze Funebri s.r.l. con sede principale in Bologna, via Emilia Ponente nr. 20/2.

H) DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato, ai sensi degli artt. 15-22 GDPR 2016/679, ha il diritto di:

1. chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
2. ottenere indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
3. ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
4. ottenere la limitazione del trattamento;
5. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
6. opporsi al trattamento in qualsiasi momento, anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
7. opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
8. chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano ovvero opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
9. revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
10. proporre reclamo all'Autorità di controllo.

I diritti sopra citati potranno essere esercitati mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo mail all'indirizzo PEC garisenda-of@pec.it oppure mediante lettera raccomandata a/r alla Ditta Garisenda Onoranze Funebri s.r.l. – Via Emilia Ponente n. 20/2 - Bologna.

		
--	---	--

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa che precede, di averne preso visione e di accettarne le condizioni d'uso.

Data,

Firma

Il sottoscritto presta esplicitamente il consenso al trattamento dei dati comuni e particolari nei limiti sopra indicati.

Data,

Firma

GARISENDA Onoranze Funebri s.r.l.		Ordine di Servizio		Mod. 01/P.4	Rev. 20
Data		Incaricato		Commessa N.	
Defunto:					
N.		M.		ore	
Deceduto a:					
Funerale II :		ore:			
<input type="checkbox"/> terra		<input type="checkbox"/> tomba		cremazione: <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> non socio	
<input type="checkbox"/> Cassa di m.				Rito: <input type="checkbox"/> ok	
<input type="checkbox"/> Portatura cassa e composizione (abitaz. € 250)		200,00		<input type="checkbox"/> civile <input type="checkbox"/> religioso	
<input type="checkbox"/> Carro (300 o 300s € 700)		600/700		luogo:	
<input type="checkbox"/> Personale (f-c € 130)		90/130			
<input type="checkbox"/> Pratiche (estero/cremaz. € 280/306,00)		229/254			
<input type="checkbox"/> Coordinamento, assistenza e competenze				700 , 00 ore:	
<input type="checkbox"/> Croce legno / capannina		50,00		Cimitero di: <input type="checkbox"/> ok	
<input type="checkbox"/> Carro fiori		150,00			
<input type="checkbox"/> Camera ardente		150			
<input type="checkbox"/> Valvola / Pannolone		50/30			
<input type="checkbox"/> Urna (min. € 80)				ore:	
<input type="checkbox"/>				Ubicazione Tomba <input type="checkbox"/> ok	
				cimitero:	
Totale funerale		€		ubicazione:	
<input type="checkbox"/> Croce/Copricassa					
<input type="checkbox"/> Cuscino				contattare: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Santini				note:	
<input type="checkbox"/> Prelapide e/o elaborazione fotografica		30/40			
Totale accessori		€			
<input type="checkbox"/> Funzione Religiosa		40/65		Ordina:	
<input type="checkbox"/> Infermiere per vestizione		200			
<input type="checkbox"/> Servizio in città + bollate + sigilli (Bamb. 119,74)		174,51		Via:	
<input type="checkbox"/> Inumazione + collocazione cippo (Bamb. 318,04)		546,15			
<input type="checkbox"/> Cremaz. res. BO+bollate+barri+pann(Bo 585,31)		697,31			
<input type="checkbox"/> Crem. non res.+bollate+barri+pann(F.Bo 625,96)		737,96		Città:	
<input type="checkbox"/> Dispersione ceneri in Certosa		252,91			
<input type="checkbox"/> Fuori Comune + bollate + sigilli (Bamb. 156,91)		244,82			
<input type="checkbox"/> Entrata in Bologna/Deposito D.O.S.(Bamb. 89,91)		177,82		Codice fiscale:	
<input type="checkbox"/> Puntura fuori regione		42,70			
<input type="checkbox"/> Bollate per fuori comune ceneri		32,00		Telef.:	
<input type="checkbox"/> Tumulazione					
<input type="checkbox"/> Necrologia					
Totale rimborsi		€		Firme per Modifiche:	
		€		per accettazione	
TOTALE SERVIZIO		€			



GARISENDA Onoranze Funebri s.r.l.

Capitale Sociale € 10.000,00 i. v.

Codice Fiscale e Partita Iva 02946981202

Iscr. Reg. Imp. Bo n. 02946981202
R.E.A. BO - n. 479770

BOLOGNA

40133 Via Emilia Ponente, 20/2° Tel. 051/385858

SAN LAZZARO DI SAVENA

40068 Via Repubblica, 98 Tel. 051/461236

BOLOGNA

40138 Via Massarenti, 54/G Tel. 051/342655

Email: garisendasrl@hotmail.it - info@onoranzefunebriгарisenda.it

Bologna, _____

OGGETTO: Incarico per il servizio funebre in onore del/la defunto/a:

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

in qualità di _____

del/la defunto/a _____

deceduto/a il _____ a _____

con la presente informa la struttura Ospedaliera di:

Bologna Ospedale Maggiore Ospedale Bellaria S. Orsola - Malpighi

Bazzano Bentivoglio Budrio Loiano Porretta Terme

San Giovanni in Persiceto Vergato

di aver dato incarico all' Impresa **GARISENDA Onoranze Funebri srl** allo svolgimento delle pratiche relative all'organizzazione del servizio funebre del defunto in oggetto e che tale servizio sarà effettuato il giorno: _____

esposizione dalle ore: _____ partenza ore: _____

cimitero di: _____

Terra: Tomba: Cremazione:

Trattamento Conservativo SI: NO:

Incaricato: _____

In fede

Si allega documento di identità

Domanda di accesso alla camera mortuaria per servizio funebre

Buongiorno. La informiamo che la compilazione della presente richiesta non è garanzia di effettiva prenotazione; sarà contattato via mail per conferma o meno della disponibilità della data e dell'ora richieste.

Denominazione Impresa: *

E-mail *

COMUNICO CON LA PRESENTE DI AVERE NECESSITA' DI ACCESSO ALLA CAMERA MORTUARIA PER IL DEFUNTO:

Cognome: *

Nome: *

Prevista cremazione: *

- SI
 NO

NOTA: sul cadavere dovranno essere eseguiti i prelievi biologici previsti per legge (un piccolo campione di cute con annessi, ovvero capelli e/o peli

Previsto trattamento conservativo: *

- SI
 NO

In caso affermativo, compilare il seguente modulo

INDICARE DATA E ORA DELLA VESTIZIONE

Data: *



Ora: *

:

Gli orari della vestizione sono di un'ora cadauno, dalle ore 8.00 alle ore 17.00

Informazioni sugli operatori coinvolti

Cognome e nome del I° Operatore:

Tesserino identificativo/documento:

Nessun file selezionato

Maggiori informazioni

Cognome e nome del II° Operatore:

Tesserino identificativo/documento:

Nessun file selezionato

Maggiori informazioni

INDICARE DATA E ORA DEL FUNERALE

Data:



Ora:

:

dalle ore 7.00 alle ore 17.00, con intervalli di 2 ore

Appuntamento concordato: *

- SI
 NO

permesso auto: *

- SI
 NO

In caso affermativo, compilare il seguente modulo

Note:

Il presente form è stato sviluppato esclusivamente per la gestione della domanda di accesso alla camera mortuaria dell'Azienda presentata da Imprese di onoranze funebri.
I dati inseriti nel presente form saranno trattati nel rispetto della normativa sulla **privacy**.

Invia



GARISENDA Onoranze Funebri s.r.l.

Capitale Sociale € 10.000,00 i. v.

Codice Fiscale e Partita Iva 02946981202

BOLOGNA

BOLOGNA

40133 Via Emilia Ponente, 20/2° Tel. 051/385858 40138 Via Massarenti, 54/G Tel. 051/342655

SAN LAZZARO DI SAVENA

40068 Via Repubblica, 98 Tel. 051/461236

Inc. Reg. 1250/80 n. 02946981202
R.E.A. BO - n. 479730

5

Bologna, il _____

Deposito Osservazione Salme / Obitorio
Hera Bologna s.r.l.
Via della Certosa, 13
Bologna
Fax 051/6150873

X →

Il sottoscritto Falloni Gianluca, in qualità di legale rappresentante della ditta GARISENDA ONORANZE FUNEBRI s.r.l. con sede legale in Bologna, Via Emilia Ponente, 20/2

DICHIARA

di aver ricevuto incarico dagli aventi titolo per la effettuazione del servizio funebre della salma di:

Cognome Nome

deceduto/a il alle ore

custodita presso il Deposito di Osservazione Salme/Obitorio di Bologna

La vestizione della salma verrà eseguita dal Sig.
dato a il

Il nominativo dell' incaricato alla vestizione verrà comunicato successivamente, con dichiarazione attestante l'incarico ricevuto, da consegnare agli operatori del Deposito Osservazione Salme/Obitorio.

Il giorno e l'ora della vestizione verranno concordati telefonicamente con gli operatori Hera in servizio al Deposito Osservazione Salme/Obitorio.

FUNERALE IL _____ ALLE ORE _____

GARISENDA ONORANZE FUNEBRI s.r.l.

← X

6

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Emilia-Romagna

Azienda U.S.L. Bologna Sud
Servizio di Igiene pubblica
Unità operativa di _____

RICHIESTA DI ACCERTAMENTO DI DECESSO

Richiesta in data _____

Impresa di Onoranze Funebri _____ tel. _____

Luogo, data e ora del decesso _____

Cognome e Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____

Stato civile _____ Professione _____ Sesso _____

Figlio/a di _____ e di _____

Funerale per il giorno _____ alle ore _____

- Accertamento di decesso
- Certificazione per trasporto fuori Comune _____
- Cremazione
- Trattamento conservativo senza fornitura di iniezione (*)
- Sigilli (*) _____

PER L'IMPRESA DI ONORANZE FUNEBRI

(*) Prestazione che verrà eseguita per nostro conto dalla Ditta C.I.F. s.r.l. come da convenzione valevole dal 01.04.2002 e che dovrà pertanto essere addebitata alla stessa Ditta C.I.F. s.r.l.

⑦

Marca da bollo
€ 16,00

Al Sindaco del Comune di Bologna
Servizio per la cremazione – Via della Certosa n.18

Oggetto: Istanza di cremazione.

Io sottoscritto/a
Cognome/Nome: _____

data di nascita: __/__/____ luogo di nascita _____

residente a : _____ Via _____

n. ____ cap _____ in qualità di _____
(indicare il grado di parentela con il defunto)

CHIEDO

Il rilascio dell'autorizzazione alla cremazione del cadavere di:

Cognome/Nome: _____

data di nascita: __/__/____ luogo di nascita _____

decesso avvenuto in Bologna il __/__/____ in vita residente a _____

Ai fini del rilascio dell'autorizzazione richiesta, allego i seguenti documenti:

- a) estratto della disposizione testamentaria, rilasciato dal notaio, da cui risulti la volontà del defunto di essere cremato;
 - volontà del defunto iscritto ad associazione avente tra i propri fini quello della cremazione;
 - dichiarazione di volontà resa dal coniuge;
 - dichiarazione di volontà resa da tutti i parenti nello stesso grado;
- b) certificato del medico necroscopo, da cui risulta essere escluso anche il sospetto di morte dovuta a reato
oppure
 nulla osta dell' Autorità giudiziaria rilasciato in data __/__/____ al N.ro _____

Allegato: fotocopia documento d'identità dell'istante.

Bologna, li _____

In fede

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'



Io sottoscritto/a

Cognome/Nome: _____

data di nascita: __ / __ / ____ luogo di nascita _____

residente a: _____ Via _____ n° _____

in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

del defunto:

Cognome/Nome: _____

data di nascita: __ / __ / ____ luogo di nascita _____

deceduto a _____ il __ / __ / ____ ,

valendomi delle disposizioni di cui all' art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, N. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso d' atti falsi, richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la mia responsabilità

DICHIARO:

di voler provvedere alla cremazione del defunto, nel rispetto della sua volontà;

Dichiaro altresì che

il defunto era di stato civile _____
se coniugato, del coniuge riportare cognome, nome, data e luogo di nascita e attuale residenza:

non esistono altri parenti, viventi, con il defunto;

i parenti, viventi, di pari grado al mio che costituisce il grado più prossimo col defunto sono:
(riportare: Cognome, Nome, data e luogo di nascita, residenza, parentela)

Allego fotocopia del mio documento d' identità personale.

_____, li _____

In fede

Marca da bollo

Al Sindaco del Comune di Bologna
Servizio per la cremazione - Via della Certosa n.18

Io sottoscritto/a
Cognome/Nome: _____

data di nascita: ___ / ___ / _____ luogo di nascita _____

residente a : _____ Via _____ n. ___ cap _____

in qualità di _____ TEL _____

CHIEDO

Il rilascio dell'autorizzazione alla **DISPERSIONE** e al **TRASPORTO** delle ceneri del defunto come previsto dall'art. 11 della legge regionale Emilia Romagna n. 19 del 29 luglio 2004, deliberazione della Giunta regionale n. 10/2005, modificata dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1622/2008

Cognome/Nome: _____

data di nascita: ___ / ___ / _____ luogo di nascita _____

decesso avvenuto a _____ il ___ / ___ / _____

dal Cimitero di Bologna a _____

La manifestazione di volontà del defunto di disperdere le ceneri risulta dai seguenti atti o documenti allegati:

- estratto della disposizione testamentaria , rilasciato dal notaio, da cui risulti la volontà del defunto di essere disperso;
- dichiarazione di volontà del defunto iscritto ad associazione avente tra i propri fini quello della cremazione;
- dichiarazione di volontà resa in base alle disposizioni dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 dal coniuge e da tutti i parenti di primo grado, per un totale di n. _____ dichiarazioni;
- dichiarazione di volontà resa in base alle disposizioni dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 in difetto del coniuge, da tutti i parenti di pari grado che costituisce il grado più prossimo col defunto per un totale di n. _____ dichiarazioni;

DICHIARO

- a) di essere a conoscenza che la dispersione può avvenire unicamente in aree a ciò destinate e nel rispetto dei regolamenti o altri provvedimenti emanati dalle competenti Autorità, relativamente ai luoghi individuati per la dispersione, da me preventivamente verificati;
- b) di essere consapevole che la dispersione è vietata nei centri abitati come definiti dall'art. 3, comma 1, numero 8 del D.L. 30-04-1992 n. 285 "Nuovo codice della strada" (Centro abitato: insieme di edifici, delimitato lungo le vie di accesso dagli appositi segnali di inizio e fine. Per insieme di edifici si intende un raggruppamento continuo, ancorché intervallato da strade, piazze, giardini o simili, costituito da non meno di venticinque fabbricati e da aree di uso pubblico con accessi veicolari o pedonali sulla strada.) e in area privata senza aver ottenuto l'autorizzazione del proprietario.
- c) di essere a conoscenza che la dispersione in mare, nei laghi e nei fiumi è consentita nei tratti liberi da natanti e da manufatti;
- d) di essere a conoscenza che la dispersione non può dare luogo ad attività aventi fini di lucro;

Bologna, li _____

In fede

DICHIARAZIONE PER LA DISPERSIONE DELLE CENERI

(art. 11 L.R. Emilia Romagna 29 luglio 2004, n. 19, deliberazione della Giunta regionale n. 10/2005, modificata dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1622/2008)

I/Le sottoscritti/e :

1) Cognome/Nome: _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____

in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

2) Cognome/Nome: _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____

in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

3) Cognome/Nome: _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____

in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

4) Cognome/Nome: _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____

in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

5) Cognome/Nome: _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____

in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

6) Cognome/Nome: _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____

in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

DEL DEFUNTO

Cognome/Nome: _____

data di nascita: ___ / ___ / ___ luogo di nascita _____

deceduto a il: ___ / ___ / ___ ,

- 1) Consapevoli di quanto specificato all'art. 11 della legge regionale n. 19 del 29 luglio 2004 e alla relativa direttiva in ordine alle modalità di applicazione, nonché del contenuto dell'art. 411 del codice penale;
 - 2) valendosi delle disposizioni di cui all'art.47 del D.P.,R. 28.12.2000 N. 445 e consapevoli delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R 445/2000, sotto la loro personale responsabilità
- ;

DICHIARANO

Di essere le uniche persone legittimate a rendere la presente dichiarazione come da deliberazione della Giunta regionale n. 10/2005, modificata dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1622/2008

a) che in vita il *de cuius* aveva manifestato verbalmente la volontà che le proprie ceneri venissero disperse :

b) che in vita il *de cuius* aveva manifestato verbalmente quale persona incaricata di eseguire la dispersione:

Cognome/Nome: _____

data di nascita: ___ / ___ / _____ luogo di nascita _____

residente a : _____ Via _____

Si allegano fotocopie dei propri documenti personali

_____ li _____

Firma dei dichiaranti (per esteso e leggibile)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

Marca da bollo

Al Sindaco del Comune di Bologna
Servizio per la cremazione – Via della Certosa n.18

Il/La sottoscritto/a

Cognome/Nome: _____

nato/a a: _____ il _____

residente a : _____

Via _____ n. _____ cap _____

in qualità di _____ TEL _____

CHIEDO

Il rilascio dell'autorizzazione di AFFIDO PERSONALE e al TRASPORTO delle ceneri del defunto

come previsto dall'art. 11 della legge regionale Emilia Romagna n. 19 del 29 luglio 2004, deliberazione della Giunta regionale n. 10/2005, modificata dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1622/2008

Cognome/Nome: _____

data di nascita: ___/___/___ luogo di nascita _____

decesso avvenuto a _____ il ___/___/___

dal Cimitero di Bologna a Bologna, Via _____

La manifestazione di volontà del defunto di affido personale delle ceneri risulta dai seguenti atti o documenti allegati :

- estratto della disposizione testamentaria, rilasciato dal notaio, da cui risulti la volontà del defunto di essere affidato;
- dichiarazione di volontà del defunto iscritto ad associazione avente tra i propri fini quello della cremazione;
- dichiarazione di volontà resa in base alle disposizioni dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 dal coniuge e da tutti i parenti di primo grado, previo accordo di tutti gli stessi nell'individuazione dell'affidatario unico per un totale di n. _____ dichiarazioni;
- dichiarazione di volontà resa in base alle disposizioni dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 in difetto del coniuge, da tutti i parenti di pari grado che costituisce il grado più prossimo col defunto per un totale di n. _____ dichiarazioni;

DICHIARO

- a) di conservare e custodire l'urna debitamente sigillata e contenente i dati del "de cuius" all'interno della mia abitazione come sopra indicata escludendo aree cortilive, giardini di proprietà o condominiali, nonché manufatti esterni all'abitazione o di pertinenza della stessa;
- b) di avere piena conoscenza che l'urna non può essere affidata, neppure temporaneamente ad altre persone, se non intervenga specifica autorizzazione dell'Autorità comunale e che, cessando le condizioni di affidamento, l'urna dovrà essere riconsegnata per la conservazione all'interno del cimitero, con una delle modalità previste dalla normativa in vigore e di accettare tutte le prescrizioni che saranno contenute nell'autorizzazione stessa o che saranno determinate dall'Autorità Comunale;
- c) di essere a conoscenza che l'inadempimento e/o l'infrazione delle condizioni di affidamento dell'urna e delle ceneri costituisce violazione sanzionabile, ove non ricorrano i presupposti di reato ai sensi dell'art. 411 c.p., e che l'eventuale mutazione del luogo di conservazione dovrà essere comunicato tempestivamente all'Autorità che ne ha rilasciato l'autorizzazione e qualora il nuovo luogo di conservazione sia in un Comune diverso, prima di trasferire le ceneri, occorre ottenere nuova autorizzazione per l'affido nonché di trasporto ceneri.

Bologna, li _____

In fede

DICHIARAZIONE PER AFFIDAMENTO DELLE CENERI

(art. 11 L.R. Emilia Romagna 29 luglio 2004, n. 19, deliberazione della Giunta regionale n. 10/2005, modificata dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1622/2008)

I/Le sottoscritti/e :

1) **Cognome/Nome:** _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____
in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

2) **Cognome/Nome:** _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____
in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

3) **Cognome/Nome:** _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____
in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

4) **Cognome/Nome:** _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____
in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

5) **Cognome/Nome:** _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____
in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

6) **Cognome/Nome:** _____

nato/a _____ il: ___ / ___ / ___

residente a : _____ Via _____ n. _____
in qualità di _____

(indicare il grado di parentela con il defunto: coniuge, figlio, genitore, fratello)

DEL DEFUNTO

Cognome/Nome: _____

data di nascita: ___ / ___ / ___ luogo di nascita _____

deceduto a il: ___ / ___ / ___

- 1) Consapevoli di quanto specificato all'art. 11 della legge regionale n. 19 del 29 luglio 2004 e alle relative direttive in ordine alle modalità di applicazione, nonché del contenuto dell'art. 411 del codice penale;
- 2) valendosi delle disposizioni di cui all'art.47 del D.P.,R. 28.12.2000 N. 445 e consapevoli delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R 445/2000, sotto la loro personale responsabilità

DICHIARANO

- a) di essere le uniche persone legittimate a rendere la presente dichiarazione come da deliberazione della Giunta regionale n. 10/2005, modificata dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1622/2008
- b) che in vita il *de cuius* aveva manifestato verbalmente la volontà che le proprie ceneri venissero affidate a

Cognome/Nome: _____

data di nascita: ___/___/___ luogo di nascita _____

residente a : _____ Via _____

nella sua qualità di _____

Si allegano fotocopie dei propri documenti personali

_____ li _____

Firma dei dichiaranti (per esteso e leggibile)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Il richiedente (cognome e nome) _____
nat. a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____) via _____ n° _____
C.F. _____ Telefono _____ mail _____

consapevole delle sanzioni previste nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci - richiamate dagli art.46/47/ - 76 48. del D.P.R 445/2000 -

DICHIARA di essere il concessionario

del loc./oss.t.f. n. _____ lotto _____ campo _____ lato _____ come da contratto n. _____ (inf. _____)
del _____ (Scad. _____) intestato a _____

- nel caso di persona diversa dal concessionario, dichiara come da art.19/bis Reg.Com.le, sotto la propria responsabilità:
 - di essere parente o affine del concessionario/ incaricato o erede;
 - di aver comunicato l'operazione cimiteriale richiesta al concessionario che acconsente;
 - di agire in qualità di avente diritto - parente del defunto (grado di parentela _____)
- che NON SUSSISTONO PROBLEMI DA PARTE DI ALTRI AVENTI DIRITTO, di agire in nome e per conto di tutti gli aventi titolo; di avere titolo a disporre dei resti mortali e del manufatto;
- di assumere a proprio carico il pagamento delle tariffe/canoni previste alla data della presente e di impegnarsi al pagamento entro la data prevista;
- che il defunto ha i requisiti di accesso ai sensi degli artt.19 , 19/bis e 32 del Vigente Regolamento di Polizia Mortuaria AVENTE DIRITTO all'Inserimento ;
- l'amm.ne Comunale è da ritenersi esclusa e indenne da ogni e qualsiasi contestazione, rivalsa o pretesa inerente alla suddetta dichiarazione;

SI AUTORIZZA la tumulazione nel:

Manufatto a disposizione (nominativo nel contratto) - Tomba di famiglia _____

loculo ossario insieme a _____

Della : salma ; dei resti mortali ; delle ceneri

di _____

nat. a _____ il _____

residente a _____ via _____

decedut. a _____ il _____

- Il servizio tecnico cimiteriale non risponde di danni causati nella demolizione della lapide e del muto di tumulazione.

Versamento a Tesoriere Unicredit - cod. Ente 3184010 - Cod. IBAN: IT84L0200837070000100555836

EURO _____

Data: _____ //La dichiarante _____
ALLEGA copia fotostatica del documento di Identità Firma non autenticata ai sensi dell'art. 21 C1 del DPR 445/2000. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.lgs 196/2003 - Codice in materia di trattamento dei dati personali). I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito delle proprie finalità istituzionali per la gestione delle pratiche, del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

1 - Manufatti a disposizione :			
Loculi normali	204,00	75+75+54	Apertura/chiusura + mont. lapide
Loculi lapide murata	214,00	80+80+ 54	(loculi a disp. senza lapide)
Loculi Lotto A-B-C e H normali	258,00	(54+54+75+75)	(sm./rimontaggio lapide)+(apertura /chiusura)
Loculi lapide murata	268,00	54+54+80+80	(loculi a disp. Con lapide)
Ossari	138,00	(30+54+54)	
Ossari lapide murata	158,00	(50+54+54)	Apertura /chiusura lastra e montaggio lapide
Tomba di Famiglia: orizzontale		298,00	(n. 4 lastre)
Tomba di Famiglia: frontale		150,00	chiusura frontale -
2 - Inserimento resti / ceneri in loculo o ossario contenente altre spoglie :			
Ins. loculo perpetuo	1078	Tariffa fissa	E.820 + prestazioni (258)
Ins. loculo perpetuo lap. murata	1130	Tariffa fissa	820 + prestazioni (310)
In loculo a scadenza 30 anni	658,00	Tariffa fissa	400 + prestazioni (258)
In loculo a scadenza 50/75 anni	708,00	Tariffa fissa	400 + prestazioni (258)
In loc. scadenza lapide murata	760,00	Tariffa fissa	450 + prestazioni (310)
Ins. ossario a scadenza	228,00	Tariffa fissa	80 uso manufatto + prestazioni (168)
In ossario a scad. lapide murata	268,00	Tariffa fissa	80 uso manufatto + prestazioni (208)
In ossario Perpetuo	338,00	Tariffa fissa	130 uso manufatto + prestazioni (208)
Diritto di "fisso" - Ingresso			123,00

2ms
14

Al Comune di S. Lazzaro di Savena
Ufficio Cimiteri - Fax 051/62.28.283
servizi cimiteriali@comune.sanlazzaro.bo.it

I_sottoscritt_ (cognome/nome) _____
nat_a _____ (Prov.) il _____
residente(città) _____ via _____ n.° _____
C.F.: _____ recap.telef.co _____
e-mail _____

come da Regolamento Comunale in vigore - art 19

**Comunica la SEPOLTURA PER INUMAZIONE - DISPERSIONE nel Cimitero, in quanto
parente aventi titolo del defunto :**

Cognome	nome
nat_a.	il .

1) - cittadino Residente a S. Lazzaro di Savena via _____ n. _____
e decedut_ a _____ il _____

2) - ~~cittadino NON residente~~ ma deceduto a S. Lazzaro di S. Il _____ residente nel
comune di: _____ via _____ n. _____

3) Cittadino Residente nel Comune di _____ via _____
N. _____ e deceduto nel comune di _____ il _____

- di delegare per le operazioni: _____ Tel. _____

Dichiara inoltre che non vi sono parenti aventi diritto contrati e che il sottoscritto agisce in nome e per conto di tutti gli aventi titolo;
- di assumere a proprio carico il pagamento delle tariffe previste alla data della presente e di impegnarsi al pagamento entro il termine previsto;
- di essere a conoscenza che decorsi dieci anni dall'inumazione i resti mortali del defunto verranno esumati

Data _____ Firma dichiarante _____

Firma non autenticata ai sensi dell'art. 21 C1 del DPR 445/200 - Il sottoscritto è edotto sulle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

ALLEGA copia fotostatica del documento di identità

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.lgs 196/2003 - Codice in materia di trattamento dei dati personali). I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito delle proprie finalità istituzionali per la gestione delle pratiche, del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

		Resid.	Non Res	
Tariffa per inumazione SALMA	E.	170,00	340,00	Deced.
Tariffa per esumazione ordinaria SALMA	E.	200,00	200,00	Comune
	Tot.1	370,00		
Diritto Ingresso DOVUTO se provenienti da fuori comune		123,00		
	TOT.	493,00	540,00	
Tariffa per "DISPERSIONE" CENERI	E.	100,00	200,00	
Tariffa per "INUMAZIONE" CENERI	E.	130,00	260,00	

Versamento a : TESORIERE del Comune di San Lazzaro di S. - UNICREDIT - COD.ENTE 3184010 - con le seguenti modalità: - recandosi direttamente ALL'AGENZIA DI VIA Jussi 2 o -presso qualsiasi Agenzia UNICREDIT pagando SOLO con CONTANTI o ASSIGNO CIRCOLARE (COMMISSIONE DI NEGOZIAZIONE) - - SE CLIENTE UNICREDIT - su conto corrente - recandosi alla propria agenzia;

- BONIFICO da altra banca a : TESORIERE del COMUNE S. Lazzaro S. (UNICREDIT)
codice IBAN: IT84L0200837070000100555835

salma inumata il _____ :CIPPO N. _____ CAMPO _____ LATO _____ FILA _____
Data Dispersione _____

FAX CONFERMA SERVIZIO

AL COMUNE DI BOLOGNA
UFFICIO POLIZIA MORTUARIA
Via della Certosa 18-40133 Bologna
Tel. 051/6140855 - Fax 051/7095082

IMPRESA FUNEBRE : O.F. GARISENDA s.r.l. 051/385858

Servizio funebre di:

COGNOME E NOME.....

NATO IL.....a

DECEDUTO IL.....ALLE ORE.....

RESIDENTE A

LUOGO DECESSO

LUOGO PARTENZA

GIORNO..... ORE.....

LUOGO DELLA CERIMONIA.....

CIMITERO DI DESTINAZIONE

Certosa Borgo Panigale Ora di arrivo

TIPO DI SEPOLTURA

- Terra
- Tomba
- Cremazione e Ceneri a
- Presunto infettivo

FIRMA DATA.....