Marca

da

bollo

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REPUBBLICA ITALIANA

**AUTORIZZAZIONE**

**PER IL TRASPORTO ALL’ESTERO**

**DI CENERI / RESTI OSSEI**

Il Responsabile del Servizio

Vista la domanda in data ............................................

con la quale .............................................................

nella qualità di ..........................................................

chiede l’autorizzazione al trasporto da questo Comune

allo Stato ...........................................................…..

Comune di ...............................................................

Delle ceneri / resti ossei di ...................................…..

..............................................................................

nat.... a ..................................................................

il ............................................................................

decedut.... a ............................................................

il ............................................................................

cremato/esumato/estumulato il ……………………………

Visto [l’art. 29 del D.P.R. 285/1990:](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art29!vig=)

Visto il [D.Lgs. 112/1998](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1998;112!vig=) concernente il trasferimento delle funzioni e dei compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti Locali ed il DPCM 26 maggio 2000;

AUTORIZZA

il trasporto delle ceneri / resti ossei di

..............................................................................

dall’Italia, Comune di ................................................,

allo Stato di .............................................................

Comune di ...............................................................

così come richiesto dall’impresa funebre.

Il trasporto sarà effettuato in data ................................

per mezzo di ............................................................

attraverso la frontiera di .............................................

............................................. *20*.......

Il Responsabile del Servizio

..................................................................

REPUBLIQUE D’ITALIE

**DECRET D’AUTORISATION**

**POUR LE TRANSPORT DES CENDRES/RESTES EXHUMÉS**

Le Responsable du service

Vue la demande à la date du ........................................

avec laquelle ...........................................................

en qualité de ............................................................

demande la permission de transporter de cette municipalité

à l’Etat de ................................................................

Municipalité de .........................................................

des cendres/restes exhumés de .................................

..............................................................................

né.... a ...................................................................

le ...........................................................................

décédé.... a .............................................................

le ...........................................................................

incinéré/exhumé le ………………………………………

Vu [l’article 29 du D.P.R. 285/1990](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1990;285~art29!vig=);

Vu le [D.Lgs. 112/98](http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.della.repubblica:1998;112!vig=) qui concerne le transfert des fonctions et des devoirs administratives de l’Etat aux Régions et aux Institutions locales et le DPCM 26 mai 2000;

AUTORISE

le transport des cendres/restes exhumés de

..............................................................................

de l’Italie, de la Municipalité de ...................................,

à l’Etat de ................................................................

Municipalité de .........................................................

ainsi que demande l’entreprise mortuaire.

Le transport aura lieu le ..............................................

au moyen de ............................................................

à travers la frontiére de ..............................................

............................................. *20*.......

L’autorité responsable

..................................................................