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

Marca

Da

bollo

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 il NULLA OSTA dell’autorità consolare dello Stato verso il quale sono diretti le ceneri/resti ossei;**

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.

Il trasporto sarà effettuato in data ................................ per mezzo di ............................................................

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

............................................. data ............................................

 Il Responsabile del Servizio

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