



**Al Sig. SINDACO di  
RAGUSA**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale  
□□□□□□□□□□□□□□□□ e residente a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ nella qualità di  
\* \_\_\_\_\_ e di concerto con gli altri eredi;

ai sensi del vigente Regolamento di Polizia Mortuaria Comunale approvato con Delibera del Consiglio Comunale di Ragusa n° 1291 del 29/12/1985 e successive modifiche ed integrazioni,

**CHIEDE**

per il fu Signor \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e decedut il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ attualmente:

- inumat  tumulat  cremat  deposito temporaneo  campo comune n° \_\_\_\_\_
  - celletta ossario  colombario (al n° \_\_\_\_\_ fila \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_  lato anteriore  lato posteriore)
  - sepoltura decennale  mausoleo  tomba (lotto n° \_\_\_\_\_ campo \_\_\_\_\_ settore \_\_\_\_\_ ampliamento \_\_\_\_\_)
- nel cimitero di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ di croce, l'autorizzazione per:

- Esumazione ( ordinaria  straordinaria) al cimitero di \_\_\_\_\_
- Estumulazione ( ordinaria  straordinaria) al cimitero di \_\_\_\_\_
- Trasferimento resti mortali dal cimitero di \_\_\_\_\_

E SUCCESSIVA  Inumazione  Tumulazione al cimitero di \_\_\_\_\_

celletta ossario  colombario (al n° \_\_\_\_\_ fila \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_  lato anteriore  lato posteriore)

sepoltura decennale  mausoleo  tomba  celletta ossario (mausoleo/tomba)  
(lotto n° \_\_\_\_\_ campo \_\_\_\_\_ settore \_\_\_\_\_ ampliamento \_\_\_\_\_)

deposito temporaneo  ossario comune  NOTE: \_\_\_\_\_

Trasporto dei resti mortali mediante:  carro funebre  automezzo targato \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente:

- Ricevuta Versamento (tramite Ufficio Economato Comunale o c./c postale)
- Fotocopia Contratto Celletta Ossario (solo 1° pagina)
- Nulla Osta Medico Legale A.S.P. 7 Ragusa
- Autorizzazione al seppellimento (rilasciata dall'Ufficio Contratti Cimiteriali)
- \_\_\_\_\_

Ragusa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma richiedente

grado di parentela

*Regione Sicilia Assessorato Sanità*

*AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE N.° 7 RAGUSA (P. IVA 00980640882)*

*Distretto di Igiene Pubblica -ex U.S.L. 23- Ragusa*

*Sede: via G. Di Vittorio, n.° 59/c 97100 Ragusa Centra: tel. 0932657111 fax 0932244345*

*Prot. n.° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*

*Rif. a nota n.° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*

**Il RESPONSABILE del DISTRETTO di IGIENE PUBBLICA,**

*Vista la richiesta avanzata;*

*Visto il Regolamento Comunale di Polizia Mortuaria;*

*dichiara che:*

**NULLA OSTA**

*a quanto richiesto, giacché né la causa di morte, né la stagione si oppongono a tale pratica così come prescritto dal Regolamento indicato in premessa.*

*Condizioni:*

---

*Si allega alla presente la ricevuta del versamento dei diritti.*

**Il Responsabile del Distretto di Igiene Pubblica**

---