



COMUNE DI SEGNI

Città Metropolitana di Roma Capitale

Al Comune di Segni
SERVIZI CIMITERIALI

Email: protocollo@comune.segni.rm.it

RICHIESTA DI RIMBORSO SERVIZIO CIMITERIALE

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a prov il

n. documento di identità

residente a

Via n.

Tel. Cellulare

E-mail

Cod. Fiscale

CHIEDE

rimborso spesa del seguente servizio cimiteriale:

Tumulazione

Inumazione con esumazione, ricomposizione resti e collocazione
in apposita concessione

Estumulazione con ricomposizione dei resti mortali

Traslazione

SVOLTO IL GIORNO/....../....

RELATIVA ALLA

salma/resti/ceneri del defunto

**LA SOMMA VERSATA VERRA' RIMBORSATA AL SEGUENTE CONTO CORRENTE
CON IBAN:**

Relativi dati:

Cognome e Nome:

Banca:.....

A tal fine

SIALLEGA

la seguente documentazione:

1. Documento d'Identità del richiedente
2. Bollettino e ricevuta pagamento PagoPa
3. Copia della richiesta del servizio

Segni,

Firma

.....