

MARCA
da Bollo
€ 16,00

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
DI FOGLIANO REDIPUGLIA

IL/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____
telefono _____

CHIEDE

Che la salma/resti mortali di:

_____ nato a _____ il _____
e deceduto/a a _____ il _____

Vengano cremati a _____.

FOGLIANO REDIPUGLIA _____

IL RICHIEDENTE _____

ALLEGATI:

CODICE FISCALE

N. _____ MARCHE DA BOLLO