

## FAMIGLIA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## dichiarazione

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_

del defunto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e deceduto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DELEGATO

Da parte della famiglia a svolgere le pratiche relative al defunto su generalizzato, con la presente

### DICHIARA

di aver preso visione del regolamento interno e relative tariffe della "sala del Commiato" della Congregazione SS. Quirico e Giulitta;

di delegare il/la Sig. .... Titolare/Leg. Rapp. Dell'Impresa .....  
.....ad inoltrare, in nome e per conto del dichiarante, richiesta di utilizzo della "sala del commiato";

di esonerare l'impresa ....., per eventuali comportamenti contrari a quanto previsto dall'art. 8 del regolamento interno, assumendosi la piena responsabilità per un uso corretto e civile dei locali e dei beni contenuti nella "sala del commiato" durante il suo utilizzo, provvedendo al risarcimento degli eventuali danni che dovessero essere arrecati agli arredi e suppellettili della "sala del commiato" durante il suo utilizzo.

Firma \_\_\_\_\_

### tariffe

### Non associati

### Confratelli effettivi associati

### firma

	Non associati	Confratelli effettivi associati	firma		
Sosta in giornata (arrivo in mattinata, rito funebre pomeriggio)	€. 150,00+iva	€. 183,00	€.105,00+iva	€. 129,00	
Sosta 2+1 (2 giorni + una notte)	€. 300,00+iva	€.366,00	€. 210,00+iva	€. 257,00	
Sosta 2+2 (2 giorni + 2 notti)	€. 350,00+iva	€. 427,00	€. 245,00+ iva	€. 299,00	

Altre tipologie non rientranti nella predetta tabella saranno concordate in base alle necessità.