

CONGREGAZIONE SS. QUIRICO E GIULITTA



Modulo utilizzo Sala del Commiato

da inviare via mail a:

servizio@salacommiatosanquirico.it

originale da consegnare al responsabile della sala

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ Via/ _____

Tel./cell. _____/_____ e. mail _____ C. F. _____

Titolare/leg. Rapp. dell'Impresa _____ sita in _____

Via/ _____ P.I. _____ Tel. _____ e.mail _____

COMUNICA

DATI DEFUNTO

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Luogo e data del decesso _____

Residente in _____ Via/ _____

DATA UTILIZZO

Sala _____

Dal giorno _____ ore _____

Al giorno _____ ore _____

BREVE DESCRIZIONE DEL RITO _____

Con la sottoscrizione della presente richiesta dichiara di accettare il regolamento interno relativo all'uso della sala del commiato.

N.B. Allegare alla presente:

Firma _____

1. mod. a1 rilasciato ASL (Modulo per certificazione medica per il trasporto salma art.10 - L.R. n. 34/2008;
2. copia della dichiarazione sottoscritta dal familiare.